

Helena Tukia  
Niina Lehtinen  
Vesa Saaristo  
Mika Vuori

# Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa

## – Perusraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011

RAPORTTI



RAPORTTI 55/2011

Helena Tukia, Niina Lehtinen, Vesa Saaristo & Mika Vuori

# Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa

– Perusraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Taittatalo PrintOne, Helsinki 2011

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISSN 1798-0089 (PDF)

Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy  
Tampere 2011

# Tiivistelmä

Tukia H, Lehtinen N, Saaristo V & Vuori M. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa – Perusraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011. Raportti 55/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Raportissa kuvataan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kuntajohdon ja kunnan keskushallinnon näkökulmasta. Kuntajohdolle osoitetussa tiedonkeruussa selvitettiin kuntien terveydenedistämiskäytännöistä (TEA) seuraavien ulottuvuuksien avulla: sitoutuminen, johtaminen, väestön terveydentilan seuranta ja arviointi, voimavarat ja osaaminen sekä osallisuus. Tiedonkeruu tuottaa vertailukelpoista tietoa TEA-verkkopalveluun, joka tukee kuntien ja alueiden terveyden edistämisen suunnittelua ja johtamista. Tiedon avulla kartoitetaan myös uuden terveydenhuoltolain toimeenpanon lähtötilannetta.

Tiedonkeruu valmisteltiin yhteistyössä kansanterveyden neuvottelukunnan kuntaryhmän kanssa ja toteutettiin helmi–kesäkuussa 2011. Suomen 336 kunnasta tiedonkeruuseen vastasi 195 kuntaa (58 %). Vastanneiden kuntien väestö kattoi 82 prosenttia koko maan väestöstä.

Tulosten mukaan kunnat olivat pääsääntöisesti sitoutuneita Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteisiin. Ainoastaan nuorten miesten tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden väheneminen oli vain harvoin valtuustotasoisien suunnitelmien tavoitteena. Yli puolella kunnista puuttui terveyserojen kaventamisen tavoite kuntastrategiasta ja talous- ja toimintasuunnitelmasta. Suurimmassa osassa kunnista oli kattavasti laadittu poikkihallinnollisena yhteistyönä valtakunnallisten toimintaohjelmien pohjalta toimeenpanosuunnitelmia. Kuitenkin ravitsemus, tapaturmat, ympäristö ja ilmasto, seksuaaliterveys ja työikäiset olivat usein jääneet vähemmälle huomiolle näissä suunnitelmissa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutaho oli suuressa osassa vastanneita kuntia epäselvä: 37 prosentissa kunnista hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ei ollut annettu erityisesti kenenkään viranhaltijan vastuulle ja 29 prosentissa kunnista kyseinen vastuu oli jakautunut usealle eri viranhaltijalle. Hiukan alle kolmanneksessa kunnista ei ollut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmää ja noin kahdessa kolmasosassa kunnista ei ollut nimetty hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmää. Suuressa osassa kunnista ei ollut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelijaa tai koordinaattoria. Päätösten ennakkoarviointia käytettiin ainakin joillakin toimialoilla kolmanneksessa kunnista. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluneista kunnista runsaalla puolella oli kunnan ja yhteistoiminta-alueen yhteisesti sovitut terveyden edistämisen tavoitteet ja yhteinen terveyden edistämisen koordinaatio.

Vain noin kolmannes vastanneista seurasi väestön sairastavuutta, elintapoja, elämänhallintaa tai väestöryhmien välisiä terveyseroja. Kuntalaisten elinympäristön, terveyden ja elinolojen seuranta oli huomattavasti yleisempää. Hyvinvointikertomuksen tai muun vastaavan väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa kuvaavan asiakirjan oli laatinut alle kolmannes vastanneista kunnista. Vuoden 2011 aikana valmistuvia hyvinvointikertomuksia tai vastaavia oli 16 prosentissa kunnista. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koulutusta kunnan johdolle oli järjestetty 34 prosentissa vastanneista kunnista.

Noin neljäsosassa kuntia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet olivat kunnan verkkosivuilla kuntalaisten avoimesti tarkasteltavissa. Yleisimpiä hallituksen tai valtuuston asettamia kuntalaisfoorumia olivat vanhusneuvosto, vammaisneuvosto ja nuorisovaltuusto.

Myönteistä kehitys on ollut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sisällyttämisessä kuntastrategioihin ja -suunnitelmiin – asia vaatii kuitenkin edelleen tehostamista. Erityisesti terveyserojen kaventamiseen on tavoitteenasettelussa tarvetta kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Vastuutahojen nimeäminen ja johtamisjärjestelmän selkeyttäminen terveydenhuoltolain velvoitteita vastaavaksi edellyttää vielä paneutumista useissa kunnissa. Terveydenhuoltolain edellyttämässä kuntalaisten terveydentilan muutosten ja niihin vaikuttavien tekijöiden seurannassa ja raportoinnissa on vielä kehitettävää ainakin kuntaorganisaation ylimmän johdon tasolla.

# Sammandrag

Tukia H, Lehtinen N, Saaristo V & Vuori M. Främjande av befolkningens välfärd och hälsa i kommunerna – Grundrapport om datainsamlingen till kommunledningen 2011. Rapport 55/2011. Institutet för hälsa och välfärd. Helsingfors.

I rapporten beskrivs arbetet med att främja befolkningens välfärd och hälsa ur kommunledningens och kommunens centralförvaltnings perspektiv. Genom en datainsamling till kommunledningen utreddes kommunernas hälsofrämjande verksamhet (TEA) med hjälp av följande dimensioner: engagemang, ledning, uppföljning och utvärdering av befolkningens hälsa, resurser och kompetens samt delaktighet. Genom datainsamlingen får man jämförbara uppgifter för webbtjänsten TEAvisari som stödjer planeringen och ledningen av det hälsofrämjande arbetet i kommunerna och regionerna. Utgående från dessa uppgifter kartläggs också utgångsläget för verkställandet av den nya hälso- och sjukvårdslagen.

Datainsamlingen bereddes i samarbete med folkhälsodelegationens kommungrupp och genomfördes i februari–juni 2011. Totalt 195 av de 336 kommunerna i Finland besvarade enkäten (58 %). Befolkningen i de kommuner som besvarade enkäten utgör 82 procent av hela landets befolkning.

Resultatet visar att kommunerna i regel är engagerade i de mål som ingår i folkhälsoprogrammet Hälsa 2015. Endast det mål som gäller att minska antalet olycks- och våldsrelaterade dödsfall bland unga män förekom enbart i sällsynta fall i planerna på fullmäktigenivå. I mer än hälften av kommunerna innehöll varken kommunstrategin eller ekonomi- och verksamhetsplanen mål för att minska ojämlikheten i hälsa. Största delen av kommunerna hade på ett heltäckande sätt i tväradministrativt samarbete utarbetat genomförandeplaner utgående från de nationella handlingsprogrammen. Vid kost och näring, olycksfall, miljö och klimat, sexuell hälsa och befolkning i arbetsför ålder hade dock ofta fästs mindre uppmärksamhet i dessa planer.

I en stor del av kommunerna var det oklart vilken instans som bär ansvaret för arbetet med att främja välfärd och hälsa: i 37 procent av kommunerna hade arbetet med att främja välfärd och hälsa inte särskilt ålagts någon tjänsteinnehavare och i 29 procent av kommunerna hade ansvaret fördelats mellan olika tjänsteinnehavare. Något mindre än en tredjedel av kommunerna hade ingen styrgrupp för arbetet med att främja välfärd och hälsa och cirka två tredjedelar av kommunerna hade inte utsett någon arbetsgrupp för detta arbete. En stor del av kommunerna saknade en planerare eller koordinator för arbetet med att främja välfärd och hälsa. I en tredjedel av kommunerna användes förhandsbedömning av beslut åtminstone inom vissa sektorer. Drygt hälften av de kommuner som hörde till ett samarbetsområde hade gemensamt avtalade mål för hälsofrämjandet och en gemensam samordning av det hälsofrämjande arbetet.

Endast omkring en tredjedel uppgav att de följer upp befolkningens sjukfrekvens, levnadsvanor, livshandtering eller skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. Det var mycket vanligare med uppföljning av kommuninvånarnas livsmiljö, hälsa och levnadsförhållanden. Mindre än en tredjedel av kommunerna hade utarbetat en välfärdsberättelse eller ett motsvarande dokument som beskriver befolkningens hälsa och välfärd. Totalt 16 procent av kommunerna hade välfärdsberättelser eller motsvarande dokument som skulle färdigställas år 2011. Utbildning i främjande av välfärd och hälsa hade ordnats för kommunens ledning i 34 procent av kommunerna.

Ungefär en fjärdedel av kommunerna hade lagt ut målen för främjande av hälsa och välfärd på kommunens webbplats med öppen tillgång för kommuninvånarna. De vanligaste invånarforum som tillsatts av styrelsen eller fullmäktige var äldre råd, handikappråd och ungdomsfullmäktige.

Arbetet med att inbegripa främjandet av välfärd och hälsa i kommunens strategier och planer har uppvisat en positiv utveckling, men måste ändå fortfarande effektiviseras. Framför allt arbetet med att minska ojämlikheten i hälsa måste beaktas i högre grad i målsuppställningen. I många kommuner behövs ytterligare arbete för att ansvariga instanser ska kunna utses och för att ledningssystemet ska kunna göras klarare så att det motsvarar obligationerna i hälso- och sjukvårdslagen. Hälso- och sjukvårdslagen förutsätter att kommunen följer upp och rapporterar förändringarna i kommuninvånarnas hälsa och de bidragande faktorerna, och denna verksamhet bör vidareutvecklas åtminstone inom den kommunala organisationens högsta ledning.



# Summary

Tukia H, Lehtinen N, Saaristo V & Vuori M. *Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa – Perusraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011*. [Promotion of the wellbeing and health of the population by local authorities – Basic report on a data collection on municipal management 2011.] Report 55/2011. The National Institute for Health and Welfare. Helsinki.

The report describes the promoting of the wellbeing and health of the population from the point of view of municipal management and of local government administration. A data collecting questionnaire circulated among municipal management was used to measure health promotion capacity building, known by its Finnish acronym TEA, among local authorities, exploring the following dimensions: commitment; management; monitoring and needs assessment; resources and competence; and participation. This data collection produces compatible information for the TEAviisari online service, a resource supporting health promotion planning and management locally and regionally. The information gained will also be used to establish the baseline for the enforcement of the new Health Care Act.

The data collection was prepared in co-operation with the municipal group of the Advisory Board for Public Health and carried out between February and June 2011. Finland currently has 336 municipalities, of which 195 (58%) responded. These municipalities cover 82% of the entire population of the country.

The responses show that municipalities are, on the whole, committed to the goals of the Health 2015 public health programme. The only item rarely included in council-level plans was reducing accidental and violent deaths among young men. More than half of the municipalities did not mention the goal of reducing the health inequalities in their municipal strategy or in their action and financial plan. Most of the respondents had comprehensive cross-sectoral action plans implementing national programmes. However, these plans often neglected such priorities as nutrition, accidents, environment and climate, sexual health and the working-age population.

In many municipalities, it was not clear whose responsibility the promotion of wellbeing and health actually is: 37% of the respondents noted that the promotion of wellbeing and health had not been assigned to any particular official, while 29% noted that responsibility was divided among several officials. Slightly less than one third of the responding municipalities had no management team for the promotion of wellbeing and health, and about two thirds had not appointed a working group for the promotion of wellbeing and health. A significant percentage did not have a planning officer or co-ordinator for the promotion of wellbeing and health. One third of the respondents used ex-ante assessment at least in some sectors. Of the local authorities belonging to a partnership area, just over half had health promotion goals jointly agreed within the co-operation district, and shared health promotion co-ordination.

Only about one third of the respondents monitored their local population for morbidity, lifestyles, life management skills or health inequalities between population groups. Monitoring of the local living environment and of the health and living conditions of the population were far more common. Fewer than one in three respondents had drawn up a wellbeing report or similar document describing the state of the wellbeing and health of the local population; 16% of them noted that they would be completing a wellbeing report or similar document in 2011. Wellbeing and health promotion training had been provided for municipal management in 34% of the responding municipalities.

In about one fourth of the municipalities, goals for promotion of wellbeing and health were publicly available on the local authority website. The types of citizen forums most commonly set up by municipal boards or municipal councils were a council for the elderly, a council for the disabled and a youth council.

There is a positive trend in the inclusion of the promotion of wellbeing and health in municipal strategies and action plans, but there is scope for further improvement. Specifically, the reducing of the health inequalities should be given more attention in goalsetting. Assigning responsible parties and clarifying the management system so as to comply with the requirements of the Health Care Act is something that still requires some effort in many municipalities. There is much to develop at least at the level of senior municipal management in the monitoring and reporting of changes in the health of local residents and factors affecting it, as required in the Health Care Act.

# Sisällys

|  |    |
|--|----|
| Tiivistelmä .....  | 3  |
| Sammandrag .....   | 5  |
| Summary .....  | 7  |
| JOHDANTO .....   | 11 |
| Kaikki kunnan toimialat vaikuttavat kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen ..... | 11 |
| Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä linjaava lainsäädäntö ja ohjelmat .....      | 11 |
| Terveystiedon edistäminen .....  | 13 |
| AINEISTO JA MENETELMÄT .....   | 15 |
| TULOKSET .....   | 17 |
| Sitoutuminen .....   | 17 |
| Johtaminen .....   | 22 |
| Väestön terveydentilan seuranta ja arviointi .....                                 | 29 |
| Voimavarat ja osaaminen .....  | 32 |
| Osallisuus .....   | 33 |
| POHDINTA .....   | 35 |
| Tulosten yleistettävyys ja luotettavuus .....                                      | 35 |
| Keskeisten tulosten yhteenvetoa ja pohdintaa .....                                 | 35 |
| Lopuksi .....  | 38 |
| LÄHTEET .....  | 39 |
| Liite 1. Saatekirje .....  | 40 |
| Liite 2. Tiedonkeruulomake .....   | 41 |

# JOHDANTO

Toukokuussa 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain tarkoituksena on vahvistaa ja vakiinnuttaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita. Parhaimmillaan hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja sen johtaminen ovat osa kunnan kokonaisjohtamista. Käytännössä tämä tarkoittaa sitoutumista, joka vahvistetaan kuntastrategiassa ja kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa, jossa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet hyväksytään koko kuntaa koskeviksi. Onnistuneen toiminnan edellytyksenä on toiminnan perustuminen tietoon, jota saadaan hyvinvointitietoa tuottavista seuranta- ja raportointijärjestelmistä. Lisäksi tarvitaan eri toimijoiden yhteistyötä vahvistavaa johtamista ja selvää vastuunjakoa, osaavaa henkilökuntaa, hyviä toimintakäytäntöjä ja kaikki toimialat kattava toimeenpano-organisaatio.

Raportissa esitellään keväällä 2011 kuntajohdolle suunnatun tiedonkeruun tulokset. Tiedonkeruussa selvitettiin kunnan toimintaa kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Vastaavanlainen tiedonkeruu kuntajohdolle on toteutettu myös vuosina 2004 ja 2007.

Tiedonkeruun avulla on tarkoitus tehdä näkyväksi ja vertailukelpoiseksi kunnan johdon terveydenedistämisasiivisuus (TEA). Tuloksia hyödynnetään TEAvisari-verkkopalvelussa, joka mahdollistaa yksittäisen kunnan vahvuuksien ja kehittämisalueiden löytämisen sekä eri kuntien tietojen vertailun keskenään. Tiedonkeruun tuloksia käytetään myös lähtötilanteen selvityksenä uuden terveydenhuoltolain toimeenpanossa.

## Kaikki kunnan toimialat vaikuttavat kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen

Keskeinen periaate Suomessa on, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on näkökulmana kaikissa politiikoissa. Kuntien toiminnassa tämä merkitsee hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen hyväksymistä kunta-politiikan toimintalinjaksi, jossa hyvinvointi- ja terveysnäkökohdat otetaan huomioon kaikissa toiminnissa, kaikilla toimialoilla. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen käsite kuvaa tätä toiminnan laaja-alaisuutta. Sillä ymmärretään kaikkea sitä toimintaa, joka lisää hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä, vähentää terveysongelmia ja väestöryhmien välisiä terveyseroja, vahvistaa osallisuutta ja ehkäisee syrjäytymistä. Se on suunnitelmallista vaikuttamista hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiin, kuten elintapoihin ja elämänhallintaan, elinoloihin ja elinympäristöön sekä palvelujen toimivuuteen ja saatavuuteen.

## Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä linjaava lainsäädäntö ja ohjelmat

**Perustuslain** (731/1999) mukaan julkisen vallan tehtävä on tarjota jokaiselle yhtäläiset edellytykset terveeseen elämään. **Kuntalain** (365/1995) mukaan kunnan tehtävänä on edistää asukkaidensa hyvinvointia ja kestävä kehitystä. Lisäksi kuntalaki korostaa kuntien itsehallintoa ja asukkaiden vaikutusmahdollisuuksia mm. poliittisen päätöksentekojärjestelmän kautta. Vuoden 2006 alussa terveyden edistämisen osalta uudistettu **kansanterveyslaki** (928/2005) velvoitti kuntia seuraamaan väestön terveydentilan kehitystä väestöryhmittäin ja ottamaan huomioon terveysvaikutukset kunnan kaikessa toiminnassa sekä tekemään yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Terveyden edistäminen on mukana myös erityislainsäädännössä, muun muassa tupakkalaissa, alkoholilaissa, raittiustyölaissa mielenterveyslaissa ja maankäyttö- ja rakennuslaissa. Väestön hyvinvoinnin edistämisestä säädetään myös sosiaalihuoltolaissa.

Vuonna 2011 toukokuun alussa voimaan tulleen **terveydenhuoltolain** (1326/2010) tarkoituksena on nostaa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen keskeiseksi painoalueeksi kunnan toiminnassa. Lain tar-



koituksena on muun muassa edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta sekä kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Laki velvoittaa kuntia arvioimaan ja ottamaan ennakolta huomioon päätösten ja ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Lisäksi kuntaa veloitetaan seuraamaan asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin. Kunnan on myös seurattava toimenpiteidensä vastaavuutta kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. Laki edellyttää, että seurannasta raportoidaan valtuustolle vuosittain ja sen lisäksi kerran valtuustokaudessa valmistellaan hyvinvointikertomus. Kunnan tulee strategisessa suunnittelussa asettaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet sekä määritellä niitä tukevat toimenpiteet. Strategisen suunnittelun tulee lain mukaan perustua kuntakohtaisten hyvinvointi- ja terveyssoittimien tuottamaan tietoon. Kunnan on nimettävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutahot. Lisäksi laki velvoittaa laajaan yhteistyöhön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Yhteistyötä on tehtävä kunnan eri toimialojen, muiden kunnassa toimivien julkisten tahojen sekä yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Jos sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestetty useamman kunnan yhteistoimintana, yhteistoiminta-alueen on osallistuttava asiantuntijana eri toimialojen väliseen yhteistyöhön sekä sosiaalisten vaikutusten ja terveysvaikutusten arviointiin alueen kunnissa.

Lainsäädännön lisäksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä on 2000-luvulla ohjattu ja tuettu monilla kansallisilla ohjelmilla ja suosituksilla. Lisäksi teema on ollut paljon esillä kansallisissa ja kansainvälisissä keskusteluissa. Alla esitellään keskeisimmät ohjelmat, suositukset ja teemat, jotka koskevat hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Esiteltyjen lisäksi on olemassa monia kansallisia suosituksia, jotka koskevat eri ikäryhmiä ja kansanterveyshaasteita.

Vuonna 2001 valtioneuvosto teki periaatepäätöksen **Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta** (STM 2001), jossa linjataan kansalliset terveystavoitteet. Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, joka ulottuu yli hallintosektoreiden ja toimii laajana kehyksenä yhteiskunnan eri osa-alueilla kehitettävälle terveyden edistämiseksi. Keskeiset kansallisen terveystavoitteiden tavoitteet ovat terveyden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Ohjelmassa on kahdeksan konkreettista tavoitetta, jotka on asetettu saavutettaviksi vuoteen 2015 mennessä:

1. Lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvattomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi.
2. Nuorten tupakointi vähenee siten, että 16–18-vuotiaista alle 15 % tupakoi; nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvät terveysongelmat kyetään hoitamaan asiantuntevasti eivätkä ne ole yleisempiä kuin 1990-luvun alussa.
3. Nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee kolmanneksella 1990-luvun lopun tasosta.
4. Työikäisten työ- ja toimintakyky ja työelämän olosuhteet kehittyvät siten, että ne osaltaan mahdollistavat työelämässä jaksamisen pidempään ja työstä luopumisen noin kolme vuotta vuoden 2000 tasoa myöhemmin.
5. Yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan.
6. Suomalainen voi odottaa elävänsä terveenä keskimäärin kaksi vuotta kauemmin kuin vuonna 2000.
7. Suomalaisten tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen sekä koettu oma terveydentila ja kokemukset ympäristön vaikutuksesta omaan terveyteen säilyvät vähintään nykyisellä tasolla.
8. Tavoitteisiin pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Tällöin tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen viidenneksellä.

Vuonna 2006 **Terveys kaikissa politiikoissa** (Ståhl ym. 2006) oli Suomen EU-puheenjohtajuuskaudella kansanterveysalan pääteema. Lähestymistapa korostaa, että väestön terveyteen vaikuttavat myös muut sektorit kuin terveydenhuolto. Tämän vuoksi hyvinvointi- ja terveysvaikutukset on otettava huomioon kaikkien sektoreiden toiminnassa. Yksi konkreettinen keino on vaikutusten ennakoarviointi.

Vuonna 2006 annetun **Terveyden edistämisen laatusuosituksen** (STM 2006) tavoitteena on, että väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nostetaan kaikissa kunnissa yhdeksi toiminnan painoalueeksi. Tähän tarvitaan terveyden edistämisen rakenteiden arviointia, johtamisen kehittämistä, yhteistyötä ja työnjakoa, voimavarojen suuntaamista ehkäisevään työhön, hyvinvointiosaamisen vahvistamista ja toiminnan säännöllistä seuranta- ja arviointia. Laatusuositus on tarkoitettu työvälineeksi terveydenhuollon ja kunnan muiden hallinnonalojen työntekijöille sekä päättäjille.

Vuonna 2007 hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä terveyserojen kaventaminen nousivat vahvasti esille pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen käynnistämien **Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman, Terveyden edistämisen politiikkaohjelman ja Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelman** toiminnassa.

**Kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa 2008–2011** (STM 2008:16) määritellään käytännön toimintalinjat ja tavoitteet sosioekonomisten terveyserojen vähentämiselle työ- ja toimintakyvyssä, koetussa terveydessä, sairastuvuudessa ja kuolleisuudessa. Ohjelmassa pyritään terveyserojen vähentymistavoitteeseen kolmen päälinjan kautta: 1) vaikuttamalla yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen, 2) tukemalla terveellisiä elintapoja koko väestössä ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä, sekä 3) parantamalla sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä. Ohjelmassa on esitetty 15 toimenpidettä, jotka ovat vastuutettu eri toimijatahoille. Kunnat ovat vastuutahoina useassa toimenpiteessä.

**Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011** (STM 2008:6) nostaa esiin ne keskeisimmät toimenpiteet, joihin kansallisia kehittämistoiminnan resursseja suunnataan. Kaste-ohjelman tavoitteena on ollut, että kuntalaisten osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähentyy; hyvinvointi ja terveys lisääntyvät; hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat; palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat ja alueelliset erot vähenevät.

## Terveydenedistämisaktiivisuus

Termi terveydenedistämisaktiivisuus (TEA) on johdettu kansainvälisen kirjallisuuden health promotion capacity building -käsitteestä. Suomenkielinen terveydenedistämisaktiivisuus-käsite korostaa terveyden edistämisen olennaista ulottuvuutta: yhteisöllä tai organisaatiolla on ominaisuuksia, joita voidaan yhdes- sä kutsua terveydenedistämisaktiivisuudeksi ja näitä ominaisuuksia voidaan myös mitata. Näin saadaan painopiste siirtymään pelkästä yksilöiden terveyden ja hyvinvoinnin kuvaamisesta yhteisötasolle, niihin tietoihin toimiin, joita esimerkiksi kuntatasolla tehdään terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Lisäksi voidaan kuvata niitä yhteisön tai organisaation tekijöitä, jotka vaikuttavat terveyden edistämisen kehittymiseen.

Terveyden edistämiseen liittyvissä päätöksissä tulee huomioida useita näkökulmia ja pyrkiä arvioimaan päätösten vaikutuksia monella eri tasolla. Käytettävissä olevien voimavarojen kohdentaminen kuntalaisten terveyttä parhaiten edistäviin toimiin edellyttää riittävää tietoa vaihtoehtoisista keinoista, niiden vaikuttavuudesta sekä siitä, mitä terveydenedistämistoimia omassa kunnassa on tähän mennessä tehty. Tieteellistä näyttöä terveydenedistämisaktiivisuudesta tarvitaan päätöksenteon tueksi. Tiedonkeruu kunnan tekemästä kansanterveystyöstä antaa tällöin arvokasta tietoa siitä, mihin hyvinvoinnin ja terveyden edistämistoimiin kunnan toiminta on painottunut ja millaista terveydenedistämisaktiivisuutta olisi tarvetta lisätä.

Terveydenedistämisaktiivisuuden teoreettinen viitekehys (Ståhl & Rimpelä 2010) muodostuu seitsemästä ulottuvuudesta:

- *Sitoutuminen* kuvaa keskeisten kansallisten ohjelmien ja suositusten hyödyntämistä kunnan päätöksenteossa ja terveyden edistämisen tavoitteiden näkymistä kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa sekä strategia- ja ohjelma-asiakirjoissa.
- *Johtaminen* kuvaa vastuutahojen nimeämistä, terveysvaikutusten ennakoarviointia ja kunnan hyvinvointitavoitteiden huomioimista päätöksenteossa.

- *Väestön terveyden seuranta* kuvaa terveydenhuoltolain 12 §:n mukaista väestön terveyden ja hyvinvoinnin ja niihin vaikuttavien tekijöiden seurantaa väestöryhmittäin sekä siihen liittyvää väestötason tarveanalyysia.
- *Voimavarat ja osaaminen* kuvaa kunnan henkilöstön ja muiden voimavarojen mitoitusta ja rakennetta.
- *Ohjelmat ja yhteiset käytännöt* ovat kuvauksia kunnan ydinprosessien toiminnasta. Tätä ulottuvuutta ei selvitetty tässä tiedonkeruussa.
- *Osallisuus* mittaa kuntalaisten mahdollisuuksia tutustua ja vaikuttaa kunnan terveyden edistämistoi-  
mintaan ja siihen liittyvään päätöksentekoon.
- *Muut terveyden edistämisen ydintoiminnot* ovat toimialakohtaisia ydintehtäviä, jotka eivät sisälly kuu-  
teen muuhun ulottuvuuteen. Tämä ulottuvuus kuvaa toiminnan kattavuutta ja volyymia. Kuntajoh-  
don osalta tätä ulottuvuutta ei ole määritelty.

Jokaisen ulottuvuuden taso on mitattavissa kysymysten avulla. Kysymykset on järjestetty tiedonkeruulo-  
makkeessa harkinnanvaraisesti näiden ulottuvuuksien alle. Tiedonkeruun avulla kuntajohdon terveyde-  
nedistämisasiivisuus on tehty näkyväksi vertailukelpoisella tavalla. Tiedot on julkaistu kuntakohtaisesti  
esitettyinä TEAviisari-verkkopalvelussa, mikä mahdollistaa oman kunnan vahvuuksien ja kehittämisalu-  
eiden löytämisen sekä eri kuntien tietojen vertailun keskenään. TEAviisari tukee kunnan sisäistä arvioin-  
tia ja vertailukehittämistä.

# AINEISTO JA MENETELMÄT

Tiedonkeruu toteutettiin sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta ja yhteistyössä Suomen Kuntaliiton kanssa. Lomake valmisteltiin yhdessä kansanterveyden neuvottelukunnan kuntaryhmän kanssa. Kerättävät tiedot oli järjestetty lomakkeelle TEA-viitekehyksen näkökulmien mukaisesti. Haasteena oli määritellä kuntajohdon ja kunnan keskushallinnon näkökulmasta kunnan väestön terveyden edistämisen kannalta keskeisimmät toiminnot ja niitä kuvaavat tunnusluvut.

Lomake lähetettiin kunnanjohtajalle osoitettuna kunnan yleiseen postiosoitteeseen 21. helmikuuta 2011 ja linkki sähköiseen lomakkeeseen päivää myöhemmin kunnanjohtajan sähköpostiosoitteeseen. Vastauksia pyydettiin ensin 15.3. mennessä. Vastaamattomille lähetettiin muistutus ja vastausaikaa jatkettiin 4. huhtikuuta saakka. Vastaamattomia muistutettiin vielä tämän jälkeen sekä kohdennetusti että yleisesti.

Kesäkuun loppuun mennessä 195 kuntaa (58 %) oli vastannut tiedonkeruuseen. Vastausaktiivisuus oli yhteydessä kunnan kokoon siten, että vastanneet kunnat kattoivat 82 prosenttia koko maan väestöstä. Kaikki yli 50 000 asukkaan kunnat vastasivat. (Taulukko 1.) Maakunnittain tarkasteltuna alle 50 prosentin kattavuuteen jäätin Ahvenanmaalla (31 %), Pohjois-Savossa (33 %) ja Keski-Suomessa (43 %). Aktiivisinta vastaaminen oli Kainuussa (78 %) ja Pirkanmaalla (77 %).

Taulukko 1. Kuntien lukumäärä ja vastaaminen koko aineistossa sekä väestöpohjan, kuntaryhmituksen ja alueen mukaan.

|                                    | Ei        | Kyllä     | Yhteensä   |            |
|------------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|
|                                    |           |           | %          | N          |
| <b>KOKO AINEISTO</b>               | <b>42</b> | <b>58</b> | <b>100</b> | <b>336</b> |
| <b>Väestöpohja</b>                 |           |           |            |            |
| Alle 5000                          | 54        | 46        | 100        | 145        |
| 5 000–9 999                        | 44        | 56        | 100        | 88         |
| 10 000–19 999                      | 32        | 68        | 100        | 47         |
| 20 000–49 999                      | 22        | 78        | 100        | 37         |
| 50 000 tai yli                     | 0         | 100       | 100        | 19         |
| <b>Tilastollinen kuntaryhmitys</b> |           |           |            |            |
| Kaupunkimaiset kunnat              | 20        | 80        | 100        | 61         |
| Taajaan asutut kunnat              | 39        | 61        | 100        | 67         |
| Maaseutumaiset kunnat              | 50        | 50        | 100        | 208        |
| <b>Alue</b>                        |           |           |            |            |
| Ahvenanmaa                         | 69        | 31        | 100        | 16         |
| Lappi                              | 48        | 52        | 100        | 21         |
| Pohjois-Suomi                      | 33        | 67        | 100        | 43         |
| Länsi- ja Sisä-Suomi               | 42        | 58        | 100        | 88         |
| Itä-Suomi                          | 48        | 52        | 100        | 52         |
| Lounais-Suomi                      | 41        | 59        | 100        | 49         |
| Etelä-Suomi                        | 36        | 64        | 100        | 67         |

Lomakkeen saatekirjeessä toivottiin, että lomake täytetään nimenomaan kunnan keskushallinnossa, ja että sitä käsitellään kunnan johtoryhmässä. Johtoryhmässä tiedonkeruuta oli käsitellyt 34 prosenttia vastanneista. Vastaajaksi 46 prosenttia ilmoitti kunnanjohtajan yksin ja 21 prosenttia kunnanjohtajan yhdessä johtoryhmän kanssa. Kuudessa prosentissa vastaaja oli hallintojohtaja, kahdessa prosentissa kehittämisjohtaja ja yhdessä prosentissa strategiajohtaja. Muita vastaajia oli 24 prosenttia, nämä olivat usein perusturvajohtajia tai sosiaali- ja terveysjohtajia.

Monissa pienissä kunnissa koettiin, että vastuu terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä on siirretty kunnan ulkopuolelle, esimerkiksi yhteistoiminta-alueelle, terveydenhuollon kuntayhtymälle tai sairaanhoitopiirille, ja tästä syystä vastaaminen koettiin hankalaksi.

# TULOKSET

## Sitoutuminen

Kunnan sitoutumista hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen arvioitiin seuraavilla kysymyksillä:

1. Onko kunnassa laadittu paikallinen turvallisuussuunnitelma (sisäisen turvallisuuden ohjelma)?
2. Mikäli kunnassa on laadittu paikallinen turvallisuussuunnitelma, missä sitä on käsitelty?
3. Mihin asiakirjoihin on kirjattu tavoitteeksi kuntalaisten terveyserojen kaventaminen?
4. Mihin kansanterveyshaasteisiin ja väestöryhmiin kunnassa on useiden toimialojen yhdessä valmiste-  
lema ja tämän valtuustokauden luottamushenkilöhallinnossa hyväksytty toimeenpanosuunnitelma?
5. Mitkä Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteet sisältyvät vuoden 2011 kunnan talous- ja toi-  
mintasuunnitelmaan tai vastaavaan valtuustotason asiakirjaan?
6. Onko tarkastuslautakunnan tekemässä tarkastuskertomuksessa arvioitu tämän valtuustokauden aika-  
na kunnan hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista?
7. Miten kunnassanne on hyödynnetty terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmä TEAvisarin tu-  
loksia?

## Paikallisen turvallisuussuunnitelman laatiminen ja käsittely

Turvallisuus on tärkeä osa ihmisten hyvinvointia. Se ilmenee monella tavalla, muun muassa fyysisen ympäristön turvallisuutena, sosiaalisena turvallisuutena, nopeana avun saantina ja turvallisuuden kokemukse-  
senä. Valtioneuvoston periaatepäätöksessä sisäisen turvallisuuden ohjelmasta (Sisäasiainministeriö 2008)  
oli asetettu tavoitteeksi, että paikalliset turvallisuussuunnitelmat olisi käsitelty kuntien ja kaupunkien val-  
tuustoissa viimeistään vuonna 2010. Poliittisen johdon sitoutuminen suunnitteluun on tärkeää, sillä val-  
tuuston päätöksenteon kautta turvallisuus tulee osaksi kunnan ja kaupungin toimintastrategiaa ja johta-  
mista. Viranhaltijatasolla suunnittelua johtavat kunnan johto tai eri hallintokuntien johto sovitulla tavalla,  
yhdessä poliisitoimen ja alueellisen pelastuslaitoksen johdon kanssa. Kysymys paikallisen turvallisuus-  
suunnitelman laadinnasta ja käsittelystä otettiin mukaan tiedonkeruuseen konkreettisena esimerkkinä  
mittaamaan kunnan sitoutumista turvallisuus- ja hyvinvointisuunnitteluun.

Kaksi kolmasosaa (66 %) kysymykseen vastanneista kunnista oli laatinut paikallisen turvallisuus-  
suunnitelman. Kuntakoko oli selvästi yhteydessä suunnitelman laatimiseen: kaupunkimaiset kunnat oli-  
vat pääsääntöisesti (87 %) laatineet turvallisuussuunnitelman; etenkin lähes kaikki (93 %) 20 000–49 999  
asukkaan kunnat olivat sen laatineet. Alle 5000 asukkaan kunnista noin puolella (49 %) oli paikallinen tur-  
vallisuussuunnitelma.

Paikallisen turvallisuussuunnitelman laatineiden kuntien valtuustoista hiukan alle puolet (44 %) oli  
keskustellut ja päättänyt turvallisuussuunnitelmasta; 15 prosentille valtuustoista se oli esitelty ja 7 pro-  
sentille jaettu tiedoksi. Kunnanhallituksessa suunnitelmasta oli keskusteltu ja päätetty runsaassa puolessa  
kunnista (55 %) ja turvallisuussuunnitelmaa oli esitelty 20 prosentille ja jaettu tiedoksi 2 prosentille kun-  
nanhallituksista. (Taulukko 2.) Noin puolet (47–53 %) alle 10 000 asukkaan kunnista oli käsitellyt turval-  
lisuussuunnitelmaa seudullisena yhteistyönä.



Taulukko 2. Paikallisen turvallisuussuunnitelman käsitteleminen eri toimielimissä. Kuntien jakauma prosentteina.

|               | Ei käsitelty | Jaettu tiedoksi | Esitelty | Keskusteltu ja päätetty | Yhteensä |     |
|---------------|--------------|-----------------|----------|-------------------------|----------|-----|
|               |              |                 |          |                         | %        | N   |
| Johtoryhmässä | 19           | 3               | 22       | 55                      | 100      | 116 |
| Hallituksessa | 23           | 2               | 20       | 55                      | 100      | 123 |
| Valtuustossa  | 34           | 7               | 15       | 44                      | 100      | 110 |
| Seudullisesti | 36           | 2               | 18       | 45                      | 100      | 114 |

## Terveyserojen kaventaminen tavoitteena

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen on kirjattu tavoitteeksi useisiin lakeihin ja valtiotason ohjelmiin. Esimerkiksi terveydenhuoltolain tarkoituksena on muun muassa kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja sekä toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta. Kunnat ovat terveyserojen kaventamisessa merkittävässä asemassa. Ne vaikuttavat päätöksillään ja toiminnallaan moniin sellaisiin tekijöihin, joilla on keskeinen merkitys hyvinvointi- ja terveyseroihin.

Kuntastrategiaan terveyserojen kaventamisen oli kirjannut tavoitteeksi kolmannes (33 %) vastanneista kunnista. Hyvinvointistrategiaan ja talous- ja toimintasuunnitelmaan tämän tavoitteen oli kirjannut alle kaksi viidesosaa (37 %) vastanneista kunnista. Lähes kaksi kolmasosaa (59 %) vastanneista ilmoitti, että terveyserojen kaventamista ei ole kirjattu kuntastrategiaan eikä talous- ja toimintasuunnitelmaan. Noin kaksi kolmasosaa vastanneista kunnista oli laatinut erillisen hyvinvointistrategian; näistä noin neljänneksestä (26 %) puuttui terveyserojen kaventamisen tavoite.

Terveyserojen kaventamisen tavoitteen kirjaaminen kuntastrategiaan on yleisempää kaupunkimaisissa kunnissa (49 %) kuin maaseutumaisissa kunnissa (28 %).

## Toimeenpanosuunnitelmat

Seuraavista kansanterveyshaasteista on hyväksytty valtakunnallinen toimintaohjelma: ravitsemus, liikunta, päihteet ja mielenterveys, tapaturmat, seksuaaliterveys, ympäristö ja ilmasto sekä väkivalta ja turvallisuus. Lisäksi on hyväksytty lapsia ja nuoria, työikäisiä sekä iäkkäitä koskevat toimintaohjelmat. Tiedonkeruun tarkoituksena oli selvittää kuinka kansallisia toimintaohjelmia on kunnissa sovellettu toimialojen yhteistyönä toimeenpanosuunnitelmiksi kuluva valtuustokauden aikana ja onko kyseiset toimeenpanosuunnitelmat hyväksytty luottamushenkilöhallinnossa.

Huomattavan suuressa osassa vastanneista kunnista oli kuluvalle valtuustokaudella hyväksytty tai valmisteilla useiden toimialojen yhdessä valmisteleva toimeenpanosuunnitelma, joka liittyy päihteisiin ja mielenterveyteen (73 %), väkivaltaan ja turvallisuuteen (70 %), lapsiin ja nuoriin (85 %) sekä iäkkäisiin (78 %). Noin puolessa (55 %) vastanneista kunnista oli valmisteilla tai hyväksytty liikuntaan liittyvä poikkiallinnollisesti valmisteltu toimeenpanosuunnitelma tai sellainen oli valmisteilla.

Useissa vastanneissa kunnissa ravitsemus, tapaturmat, ympäristö ja ilmasto, seksuaaliterveys ja työikäiset olivat kuluvalle valtuustokaudella jääneet vähemmälle huomiolle laadittaessa toimeenpanosuunnitelmia. Yli kaksi kolmasosaa (69 %) vastanneista ilmoitti, että ravitsemuksesta ei ollut laadittu toimeenpanosuunnitelmaa. Suuressa osassa vastanneista kunnista ei ollut myöskään toimialojen yhteistyönä valmisteltua toimeenpanosuunnitelmaa, joka olisi koskenut seksuaaliterveyttä (85 %), tapaturmia (61 %), ympäristöä ja ilmastoa (53 %) tai työikäisiä (65 %).

Avovastauksissa tuotiin esille paljon erilaisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sisältöihin liittyviä toimeenpanosuunnitelmia ja -ohjelmia. Useimpien näistä voidaan ajatella sisältyvän aiemmin mainittujen kansallisten toimintaohjelmien sisältöihin tai sivuavan niitä. Eniten avovastauksissa mainintoja saivat liikenneturvallisuuteen, maahanmuuttajiin ja vammaisiin liittyvät toimeenpanosuunnitelmat. Avovastauksista ilmeni, että kyseiset kansanterveyshaasteet sisältyvät kunnan tai alueen hyvinvointistrategi-

aan ja että toimenpiteitä valmistellaan sen pohjalta. Toimenpiteiden valmistelu ei vastausten mukaan aina mene luottamushenkilökäsittelyyn. Lisäksi avovastauksissa tuli esille, että toimeenpanosuunnitelmia oli hyväksytty yhteistoiminta-alueiden luottamushenkilöelimissä ja tällöin ne eivät välttämättä tule esille kuntakohtaisissa luottamushenkilökäsittelyissä.

Kuntakoko oli yhteydessä toimeenpanosuunnitelmien laatimiseen: suurissa ja kaupunkimaisissa kunnissa toimeenpanosuunnitelmien laatiminen oli yleisempää kuin pienemmissä maaseutumaisissa kunnissa. Poikkeuksena tästä oli työikäisiin liittyvät toimeenpanosuunnitelmat, joiden laadintaan kuntakoko ei näyttänyt olevan yhteydessä.

Kun verrataan vuosien 2004, 2007 ja 2011 tuloksia toimialojen yhdessä valmistelemien ja luottamushenkilökäsittelyssä hyväksyttyjen toimeenpanosuunnitelmien osalta, voidaan todeta, että muutos on ollut pääosin myönteistä. Yhä useammalla kunnalla on toimeenpanosuunnitelma, joka koskee kyseisiä kansanterveysshaasteita ja väestöryhmiä. Poikkeuksena tästä kehityksestä ovat ympäristöä ja ilmastoa, turvallisuutta ja iäkkäitä väestöryhmiä koskevat toimeenpanosuunnitelmat. Mielenterveyteen, väkivaltaan, lapsiin ja nuoriin sekä työikäisiin kohdistuvat suunnitelmat ovat lisääntyneet vertailujaksolla eniten. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Kunnissa laaditut hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvät toimeenpanosuunnitelmat<sup>1</sup> (%) vuosina 2004 (N=27–131), 2007 (N=109–164) ja 2011.

|                        | 2004  | 2007  | 2011 | muutos 2007–2011,<br>prosenttiyksikköä | N 2011 |
|------------------------|-------|-------|------|--|--------|
| Lapset ja nuoret       | 23    | 53    | 66   | +13                                    | 191    |
| Iäkkäät                | 28    | 60    | 58   | -2                                     | 187    |
| Päihteet/mielenterveys | 21/10 | 46/33 | 53   | +7/+20                                 | 188    |
| Väkivalta/turvallisuus | 13/-  | 28/52 | 49   | +21/-3                                 | 184    |
| Liikunta               | 15    | 31    | 36   | +5                                     | 184    |
| Ympäristö ja ilmasto   | 17    | 31    | 29   | -2                                     | 180    |
| Tapaturmat             | 10    | 17    | 26   | +9                                     | 180    |
| Työikäiset             | -     | 12    | 24   | +12                                    | 182    |
| Ravitsemus             | -     | 8     | 16   | +8                                     | 181    |
| Jokin muu              | 7     | 12    | 13   | +1                                     | 94     |
| Seksuaaliterveys       | -     | 3     | 7    | +4                                     | 177    |

Lähes viidenneksessä (18 %) kunnista ei ollut laadittu yhtään mainittua toimeenpanosuunnitelmaa. Kuusi kuntaa (3 %) ilmoitti tehneensä toimeenpanosuunnitelman kaikista kysytyistä asioista.

<sup>1</sup> Aiemmissa tiedonkeruissa on puhuttu strategioista ja ohjelmista. Päihteitä ja mielenterveyttä on kysytty erikseen, samoin väkivaltaa ja turvallisuutta.

Toimeenpanosuunnitelmien tekeminen oli yleisintä suurissa kaupungeissa ja vähäisintä alle 5000 asukkaan kunnissa (taulukko 4).

Taulukko 4. Laadittujen toimeenpanosuunnitelmien lukumäärän jakauma prosentteina kunnan väkiluvun mukaan.

| Kunnan väkiluku | 0  | 1–3 | 4–6 | 7–10 | Yhteensä |    |
|-----------------|----|-----|-----|------|----------|----|
|                 |    |     |     |      | %        | N  |
| Alle 5000       | 35 | 32  | 22  | 11   | 100      | 65 |
| 5 000–9 999     | 8  | 46  | 33  | 13   | 100      | 48 |
| 10 000–19 999   | 19 | 34  | 34  | 13   | 100      | 32 |
| 20 000–49 999   | 7  | 34  | 41  | 17   | 100      | 29 |
| 50 000 tai yli  | 0  | 16  | 58  | 26   | 100      | 19 |

## Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteet kunnan asiakirjoissa

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman pääpaino on terveyden edistämisessä. Ohjelmassa on viisi ikäryhmittäistä tavoitetta ja kolme koko väestöä sekä palvelujärjestelmää koskevaa tavoitetta. Kunnilla on keskeinen rooli näiden tavoitteiden toteuttamisessa. Kansanterveysohjelman tavoitteiden saavuttaminen edellyttää, että ne ovat tavoitteina kuntien talous- ja toimintasuunnitelmissa tai vastaavissa valtuustotasoisissa asiakirjoissa.

Tiedonkeruun tulosten mukaan kansanterveysohjelman tavoitteet ovat pääsääntöisesti hyvin mukana kuntien vuoden 2011 valtuustotasoisissa suunnitelmissa. Kuntien tavoitteiden asettelussa korostuivat lasten ja nuorten sekä iäkkäiden hyvinvointi. Suurimmassa osassa kunnista tavoitteeksi oli kirjattu lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveydentilan paraneminen (76 %) sekä turvattomuuden väheneminen (68 %) ja yli 75-vuotiaiden toimintakyvyn paraneminen (74 %). Lisäksi terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen liittyvät tavoitteet (72 %) sisältyivät usein talous- ja toimintasuunnitelmiin. Nuorten alkoholin ja huumeiden käytön vähentämiseen kiinnitetään myös enenevässä määrin huomiota tavoitteita asetettaessa. Yli puolet kunnista asetti tavoitteita myös työikäisten työ- ja toimintakyvyn parantamisen, mutta työikäisten työelämän olosuhteiden paraneminen sisältyi suunnitelmiin huomattavasti harvemmin. Nuorten miesten tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden väheneminen oli vain harvoin (15 %) valtuustotasoisien suunnitelmien tavoitteena.

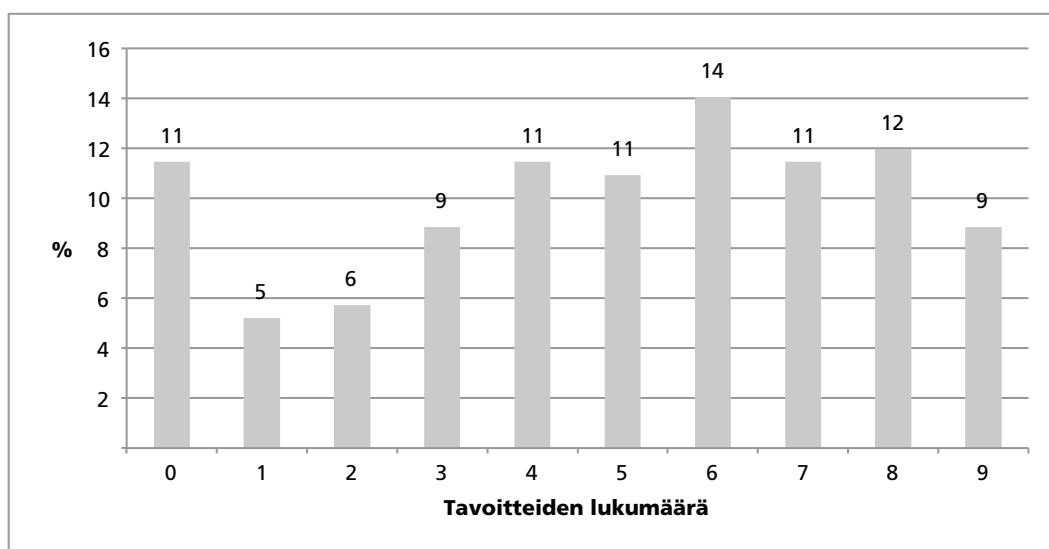
Kansanterveysohjelman tavoitteiden sisällyttäminen kuntien talous- ja toimintasuunnitelmiin on lisääntynyt selvästi vuodesta 2004. Poikkeuksena tästä oli tavoite koskien tyytyväisyyttä terveyspalveluiden saatavuuteen ja toimivuuteen. Vuosien 2004, 2007 ja 2011 vertailussa tulee esiin, että lasten ja nuorten hyvinvoinnin kokonaisuus on seurantajaksolla vahvistunut eniten kuntien talous- ja toimintasuunnitelmien tavoitteissa – etenkin nuorten päihteiden käytön osalta. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Kuntien talous- ja toimintasuunnitelmiin sisältyvät Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteet (%) vuosina 2004 (N=121–131), 2007 (N=151–166) ja 2011 (N=181–189).

|   | 2004 | 2007 | 2011 |
|---|------|------|------|
| Lasten hyvinvointi ja terveydentila paranee   | 68   | 69   | 76   |
| Lasten turvallisuus vähenee   | 60   | 60   | 68   |
| Nuorten tupakointi vähenee  | 30   | 41   | 46   |
| Nuorten alkoholin ja huumeiden käyttö vähenee/ei lisäänn <sup>2</sup>                                   | –    | 41   | 61   |
| Nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus vähenee                            | 7    | 19   | 15   |
| Työikäisten työ- ja toimintakyky paranee  | 45   | 56   | 55   |
| Työikäisten työelämän olosuhteet paranevat  | 33   | 37   | 35   |
| Yli 75-vuotiaiden toimintakyky paranee  | 61   | 78   | 74   |
| Väestön tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen säilyy vähintään nykyisellä tasolla | 77   | 68   | 72   |

2 Vuonna 2007 kysyttynä tavoitteena oli, että alkoholin ja huumeiden käyttö eivät ole yleisempiä kuin 1990-luvulla. Vuoden 2011 sanamuoto oli "vähenee/ei lisäänn<sup>2</sup>".

Yhdeksän prosenttia kunnista oli sisällyttänyt kaikki yhdeksän tavoitetta vuoden 2011 talous- ja toimintasuunnitelmaan. Useampi kuin joka toinen kunta oli huomionut vähintään viisi tavoitetta. Kuitenkaan 11 prosenttia vastanneista kunnista ei sisällyttänyt Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteita lainkaan talous- ja toimintasuunnitelmaansa. (Kuvio 1.) Suurissa kaupungeissa Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteet oli otettu huomioon keskimääräistä yleisemmin, mutta muuten kuntakoko ei ollut yhteydessä tavoitteiden huomioimiseen.



Kuvio 1. Kuntien jakauma prosentteina talous- ja toimintasuunnitelmaan sisällytettyjen Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteiden lukumäärän mukaan.

## Kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen arviointi tarkastuskertomuksessa

Tarkastuslautakunta arvioi tarkastuskertomuksessaan, ovatko valtuuston kunnalle asettamat toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet toteutuneet.

Alle kolmasosa (28 %) vastanneista ilmoitti, että tarkastuskertomuksessa on arvioitu tämän valtuustokauden aikana kunnan hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista. Noin kaksi kolmasosaa (60 %) vastanneista ilmoitti, että tarkastuslautakunta ei ole arvioinut kyseistä asiaa ja noin joka kymmenes (12 %) vastaaja ei tiennyt oliko asiaa arvioitu tarkastuskertomuksessa.

Kunnan koolla oli huomattava merkitys hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumisen arviointeihin. Yli puolessa (58 %) vähintään 50 000 asukkaan kunnista tarkastuskertomuksessa oli arvioitu tavoitteiden toteutumista ja vain viidesosassa (20 %) alle 5000 asukkaan kunnista oli arviointi tehty.

## TEAvisarin hyödyntäminen

TEAvisari on vuonna 2010 avattu verkkopalvelu, jossa kuvataan kunnan toimintaa kuntalaisten terveyden edistämässä. Verkkopalvelu tukee kuntien ja alueiden terveydenedistämistoiminnan suunnittelua ja johtamista. Tiedonkeruun toteutusajankohtana TEAvisarista oli terveyden edistämisen aktiivisuudesta saatavilla tuloksia kunnan kolmelta toimialalta: perusterveydenhuolto, peruskoulut ja liikunta. Keväällä 2011 tehdystä kuntajohtajätiedonkeruusta saadut tulokset julkaistaan verkkopalvelussa joulukuussa 2011.

TEAvisarin tuottaman tiedon hyödyntäminen on tiedonkeruun mukaan vielä vähäistä. TEAvisarin tuloksia oli eniten hyödynnetty (jaettu tiedoksi, esitelty tai keskusteltu) kunnan johtoryhmässä (22 %) ja seudullisena yhteistyönä (20 %). TEAvisarin tiedon käyttö oli harvinaista kunnanhallituksissa (6 %) ja kunnanvaltuustoissa (6 %). Kuntakoko ei näyttänyt olevan yhteydessä kyseisen verkkopalvelun käyttöön.

## Johtaminen

Kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista selvitettiin seuraavilla kysymyksillä:

1. Onko vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä päätetty antaa erityisesti yhden viranhaltijan vastuulle? Mille viranhaltijalle tämä vastuu kuuluu?
2. Mitkä tahot ovat edustettuina kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmässä?
3. Onko kunnassanne nimetty eri toimialojen ja/tai muiden tahojen muodostama hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä (johtoryhmän lisäksi)?
4. Minkä sektorin edustajia kuuluu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmään?
5. Mikä toimiala koordinoi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmää?
6. Toimiiko kunnassanne erikseen nimetty hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelija tai koordinaattori?
7. Käytetäänkö kunnassanne suunnitelmallisesti väestön terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavien päätösten ennakkoarviointia (esim. ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi IVA, sosiaalisten vaikutusten arviointi SVA tai terveystaikutusten arviointi TVA)?
8. Onko kunnassanne määritelty taho (esim. opetustoimi, terveyskeskus), joka vastaa kouluyhteisöjen terveydestä ja turvallisuudesta?
9. Onko käyttötaloussuunnitelman ohjeistukseen kirjattu kaikkien toimialojen velvoite ottaa toiminta- ja taloussuunnitelmassaan huomioon kunnan hyvinvointi- ja terveystavoitteet?
10. Onko kunnan investointiohjelmassa vuosille 2011–2014 otettu huomioon kunnan terveys- ja hyvinvointitavoitteiden toteutuminen? Mainitse merkittävimmät investoinnit.
11. Mikä taho vastaa ensisijaisesti kuntanne asukkaiden terveydentilan seurannasta ja tulosten raportoinnista?
12. Arvioikaa seuraavia väittämiä asteikolla 1 (täysin eri mieltä)–5 (täysin samaa mieltä):

13. ”Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisjärjestelmä on kunnassa selkeä.”  
 ”Kunnanjohtajan työn tavoitteisiin sisältyy väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevia tavoitteita (esim. johtajasopimukseen tai henkilökohtaiseen tavoitesopimukseen).”  
 ”Yhteistyö kolmannen sektorin/järjestöjen kanssa toimii kunnassa hyvin.”  
 ”Kuntalaisilla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa kunnan palvelujen kehittämiseen muutenkin kuin luottamushenkilöiden kautta.”

Seuraavat kaksi kysymystä koskivat vain kuntia, joiden sosiaali- ja /tai terveyspalvelut oli järjestetty yhteistoiminta-alueella:

14. Minkälaista terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen yhteistyötä kunnan eri hallinnonalat tekevät yhteistoiminta-alueiden kanssa?  
 15. Mitkä hallinnonalat tekevät yhteistyötä yhteistoiminta-alueen kanssa?

## Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen ja koordinaatio

Kunnan johto on vastuussa kunnan toiminnasta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on kunnan kaikkien toimialojen tehtävä. Siksi kunnassa tulisi olla kunnanhallituksen hyväksymä johtamisjärjestelmä, jossa on määritelty hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisvastuut, työnjako ja koordinaatio eri toimialojen kesken sekä toiminnan suunnittelu- seuranta ja arviointivastuut. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisen tulee tukea toimialat ylittävää, verkostoituvaa ja monialaisiin kumppanuuksiin perustuva toimintaa sekä mahdollistaa yhteistyö myös kunnan ulkopuolisten toimijoiden ja alueellisten organisaatioiden kanssa.

Julkaisussa Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa, Tukiaineistoa kuntajohdolle (2010) on kuvattu hallintorajat ylittävää johtamista. Siinä suositellaan, että kunnassa on *hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmä*, joka johtaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategista suunnittelua, kehittämistä ja toimeenpanoa. Johtoryhmä vastaa työnjaosta, koordinoinnista ja yhteistyöstä. Lisäksi johtoryhmä vastaa hyvinvointikertomuksen tekemisestä ja hyödyntämisestä sekä arvioi hyvinvointitavoitteiden toteutumista ja raportoi niistä luottamushenkilöille. *Hyvinvointiryhmä/hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä* on asiantuntijaryhmä, joka tukee johtoryhmän ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen teemakohtaisten työryhmien työtä. Se koostuu eri toimialojen vastuuhenkilöistä sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen keskeisistä muista kumppaneista. Hyvinvointiryhmä valmistelee hyvinvointikertomuksen ja tekee ehdotukset seuraintaindikaattoreista sekä kehittää seuranta- ja raportointijärjestelmää. *Hyvinvointisuunnittelija/-koordinaattori* on hyvinvointiryhmän asioiden valmistelija. Hän koordinoi hyvinvointikertomuksen valmistelua ja kokoaa kunta- ja aluekohtaista hyvinvointitietoa kertomusta varten. Lisäksi hän kouluttaa ja tukee muita hyvinvointityön menetelmien käytössä sekä tukee kansallisten ohjelmien toimeenpanoa.

Kunnan koko vaikuttaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisjärjestelmään ja esimerkiksi pienissä kunnissa tehtäviä saattaa olla järkevä yhdistää. Lisäksi yhteistoiminta-alueilla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen vaatii kuntarajat ylittävää yhteistyötä, joka nivotaan osaksi kunnan johtamisjärjestelmää.

## Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutaho

Lähes kaksi viidesosaa (37 %) vastanneista ilmoitti, että vastuuta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä ei ollut annettu erityisesti minkään viranhaltijan vastuulle. Vastuu kunnan terveyden edistämisestä oli jakautunut usealle eri viranhaltijalle 29 prosentissa vastanneista kunnista. Vastausten mukaan vain hyvin harvassa kunnassa kunnanjohtaja vastasi kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä (3 %). Yhtä harvinaista oli, että joku muu keskushallinnon viranhaltija vastasi siitä (3 %). Sosiaali- ja terveystoimen johtavalla viranhaltijalla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuu oli 16 prosentissa kunnista ja noin kymmenesosassa (11 %) kunnista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuussa oli terveyden edistämisen suunnittelija tai vastaava henkilö. Kuntakoko ei näyttänyt olevan yhteydessä vastuutahoon nimeämiseen.



## Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmä

Lähes kolmanneksessa (32 %) vastanneista kunnista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmänä toimi kunnan johtoryhmä. Muita hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmän kokoonpanoja olivat laajennettu johtoryhmä (7 %), eri hallinnonalojen ja yhteisöjen asiantuntijoista koostuva johtoryhmä (13 %) ja terveydenhuollon asiantuntijoista koostuva johtoryhmä (6 %). Lisäksi avovastauksissa oli joitakin mainintoja muista tahoista, jotka toimivat kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmänä: yhteistoiminta-alueen johtoryhmä, kunnan hyvinvointiryhmä ja joitakin muita työryhmiä tai ohjausryhmiä. Hiukan alle kolmannes (29 %) ilmoitti, että kunnassa ei ole hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmää lainkaan. Kaupunkimaisissa kunnissa näytti olevan muita yleisemmin eri hallinnonalojen ja yhteisöjen asiantuntijoista koostuva johtoryhmä.

Terveyden edistämisen johtoryhmät ovat selvästi yleistyneet vuodesta 2007. Vuonna 2007 johtoryhmä oli nimetty vain 15 prosentissa kunnista ja yleisimmin suurissa kaupungeissa. Vuonna 2011 johtoryhmän nimeäminen ei ollut enää yhteydessä kunnan kokoon.

## Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä

Kunnan oma hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä oli nimetty noin kolmasosassa (34 %) vastanneista kunnista. Tyypillisimmin työryhmä puuttui taajaan asutuista kunnista (72 %), kun vastaava prosenttiosuus kaupunkimaisissa kunnissa oli 43 prosenttia. (Taulukko 6.) Vastanneista noin kolmannes (32 %) ilmoitti, että alueellinen/seudullinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä oli nimetty. Joka kymmenes (10 %) vastaaja ei tiennyt, oliko alueellista työryhmää nimetty.

Taulukko 6. Kunnan oman hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmän nimeäminen kunnan väkiluvun, kuntaryhmityksen ja alueen mukaan. Kuntien jakauma prosentteina.

|                                    | Ei tietoa | Ei        | Kyllä     | Yhteensä   |            |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
|                                    |           |           |           | %          | N          |
| <b>KOKO MAA</b>                    | <b>3</b>  | <b>64</b> | <b>34</b> | <b>100</b> | <b>184</b> |
| <b>Väestöpohja</b>                 |           |           |           |            |            |
| Alle 5000                          | 2         | 69        | 29        | 100        | 62         |
| 5 000–9 999                        | 4         | 67        | 28        | 100        | 46         |
| 10 000–19 999                      | 0         | 71        | 29        | 100        | 31         |
| 20 000–49 999                      | 0         | 56        | 44        | 100        | 27         |
| 50 000 tai yli                     | 11        | 33        | 56        | 100        | 18         |
| <b>Tilastollinen kuntaryhmitys</b> |           |           |           |            |            |
| Kaupunkimaiset kunnat              | 4         | 43        | 52        | 100        | 46         |
| Taajaan asutut kunnat              | 3         | 72        | 26        | 100        | 39         |
| Maaseutumaiset kunnat              | 2         | 70        | 28        | 100        | 99         |
| <b>Alue</b>                        |           |           |           |            |            |
| Ahvenanmaa                         | 0         | 100       | 0         | 100        | 5          |
| Lappi                              | 0         | 9         | 91        | 100        | 11         |
| Pohjois-Suomi                      | 4         | 41        | 56        | 100        | 27         |
| Länsi- ja Sisä-Suomi               | 2         | 81        | 17        | 100        | 47         |
| Itä-Suomi                          | 4         | 69        | 27        | 100        | 26         |
| Lounais-Suomi                      | 0         | 71        | 29        | 100        | 28         |
| Etelä-Suomi                        | 5         | 60        | 35        | 100        | 40         |

Aiempiin selvityksiin nähden kuntien omat terveyden edistämisen työryhmät olivat lisääntyneet. Vuonna 2004 oma terveyden edistämisen työryhmä oli 20 prosentissa ja vuonna 2007 sellainen oli 22 prosentissa kunnista. Alueellisten työryhmien määrä ei ole olennaisesti vaihdellut (2004: 30 %, 2007: 27 %).

Kunnissa joissa oli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä, siihen kuului useimmiten edustajia terveys- (94 %), sivistys- (89 %), sosiaali- (88 %), nuoriso- (86 %) liikunta- (86 %), kulttuuri- ja vapaa-aikatoimesta (84 %), keskushallinnosta (84 %) ja teknisestä toimesta (76 %). Sen sijaan harvinaisempaa oli, että työryhmään kuului edustajia ympäristötoimesta (44 %), kolmannelta sektorilta ja järjestöistä (39 %), seurakunnasta (32 %), poliisista (25 %), koulutusorganisaatioista (24 %) tai pelastustoimesta (20 %).

Suuria muutoksia terveyden edistämisen työryhmien kokoonpanoissa ei ole tapahtunut. Eniten vuodesta 2007 on lisääntynyt sivistystoimen edustus (75 % -> 89 %). Kolmannen sektorin ja poliisin edustus on vähentynyt eniten (51 % -> 39 %; 36 % -> 25 %). (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmään kuuluneet toimialat vuosina 2007 ja 2011.

|                          | 2007 | 2011 | Muutos, prosenttiyksikköä |
|--------------------------|------|------|---------------------------|
| Terveys                  | 92   | 94   | +2                        |
| Sivistys                 | 75   | 89   | +14                       |
| Sosiaali                 | 92   | 88   | -4                        |
| Nuoriso                  | 76   | 86   | +10                       |
| Liikunta                 | 79   | 86   | +7                        |
| Keskushallinto           | 78   | 84   | +6                        |
| Kulttuuri- ja vapaa-aika | 75   | 84   | +9                        |
| Tekninen                 | 66   | 76   | +10                       |
| Ympäristö                | 44   | 44   | 0                         |
| 3. sektori               | 51   | 39   | -12                       |
| Seurakunta               |      | 32   |                           |
| Poliisi                  | 36   | 25   | -11                       |
| Koulutusorganisaatiot    |      | 24   |                           |
| Pelastus                 | 24   | 20   | -4                        |
| Muu                      | 31   | 19   | -12                       |

Vastausten perusteella hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmän koordinaatio kuuluu yleisimmin sosiaali- ja terveystoimen vastuulle (41 %). Keskushallinnon ilmoitti koordinoivaksi tahoksi 13 prosenttia vastaajista. Sivistystoimi oli koordinoivana tahona alle prosentissa vastanneista kunnista.

Kuntakoko näytti vaikuttavan siten, että kaupunkimaisissa kunnissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmässä on harvemmin mukana seurakunta, poliisi, pelastustoimi ja koulutusorganisaatiot kuin maaseutumaisten kuntien työryhmissä. Sen sijaan maaseutumaisissa kunnissa ympäristötoimi ja tekninen toimi olivat harvemmin mukana työryhmässä kuin kaupunkimaisissa kunnissa.

## Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelija tai koordinaattori

Vastanneista kunnista noin neljäsosa (26 %) ilmoitti, että omassa kunnassa toimii hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelija tai koordinaattori joko osa-aikaisesti tai kokopäiväisesti. Vuonna 2007 vastaava osuus oli 18 prosenttia. Yleisimmin koordinaattori oli nimetty kaupunkimaisissa kunnissa. Osa-aikaisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelijan tai koordinaattorin tehtävää hoiti useimmiten terveydenhoitaja tai hoitotyön johtaja. Joka kymmenennessä kunnassa oli kokopäiväinen koordinaattori; heistä yli puolet työskenteli vähintään 50 000 asukkaan kunnassa.

## Ennakoarvointi

Kansanterveyslaki (928/2005) ja terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittavat kuntia ottamaan ennakolta huomioon terveysvaikutukset kunnan kaikessa toiminnassa.

Väestön terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavien päätösten ennakoarvointia suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa käytti joillakin toimialoilla kolmasosa (33 %) ja kaikissa kunnan toiminnoissa viisi prosenttia vastanneista kunnista. Lautakuntapäätösten valmistelussa ennakoarvointia teki joillakin toimialoilla kolmasosa (34 %) kunnista ja kaikilla toimialoilla kolme prosenttia kunnista. Vähiten ennakoarvointia tehtiin kuntastrategian valmistelussa: 71 prosenttia vastanneista ilmoitti, että ennakoarvointia kuntastrategian valmistelussa ei ollut käytetty. Ennakoarvioinnin käyttö oli yleisintä kaikissa edellä mainituissa valmistelutehtävissä suurissa, vähintään 50 000 asukkaan kaupungeissa. Vähiten kuntakoko oli yhteydessä ennakoarvioinnin käyttöön kuntastrategian valmistelussa.

## Vastuu kouluyhteisöjen terveydestä ja turvallisuudesta

Kouluterveydenhuollon oppaassa (Stakes 2002) annettiin yksityiskohtaiset ohjeet peruskoulujen fyysisten työolojen, koulutyön järjestämisen ja kouluyhteisön ilmapiirin selvittämisestä työterveyshuollon työoloselvityksen mallin mukaisesti. Suositus koulun työolojen tarkastamisesta joka kolmas vuosi toistettiin kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2004) ja valtioneuvoston asetuksissa 380/2009 ja 338/2011 sekä terveydenhuoltolaissa.

Enemmistö vastanneista (72 %) ilmoitti, että kunnassa oli määritelty taho, joka vastaa kouluyhteisöjen terveellisyydestä ja turvallisuudesta. Kouluyhteisöjen terveydestä ja turvallisuudesta vastaavana tahona oli useimmiten sivistys-/opetustoimi. Toinen tyypillinen vastuutaho oli kouluterveydenhuolto tai terveystoimi. Lisäksi jotkut vastaajat ilmoittivat, että vastuuta oli jaettu eri tahoille, kuten opetus-, terveys- ja ympäristötoimelle sekä tekniselle toimelle. Lähes jokaisessa (95 %) vähintään 50 000 asukkaan kaupungissa vastuutaho oli määritelty, muuten kuntakoko ei juuri ollut yhteydessä asiaan.

## Hyvinvointi- ja terveystavoitteet käyttötaloussuunnitelman ohjeistuksessa

Alle viidesosa (19 %) vastanneista kunnista ilmoitti, että käyttötaloussuunnitelman ohjeistukseen oli kirjattu kaikkien toimialojen velvoite ottaa kunnan hyvinvointi- ja terveystavoitteet huomioon toiminta- ja taloussuunnitelmassa. Kaupunkimaisissa kunnissa kirjaus sisältyi ohjeistukseen yleisemmin (29 %) kuin taajaan asutuissa (15 %) tai maaseutumaisissa kunnissa (15 %).

## Hyvinvointi- ja terveystavoitteet investointiohjelmassa

Yli puolet (53 %) vastanneista ilmoitti, että investointiohjelmassa vuosille 2011–2014 oli otettu huomioon hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutuminen – tähän kuntakoko ei juuri näyttäisi olevan yhteydessä. Lähes kaksi viidesosaa (37 %) vähintään 50 000 asukkaan kunnan vastaajasta ei tiennyt, oliko tavoitteiden toteutuminen huomioitu investointiohjelmassa.

Avoimissa vastauksissa mainittiin eniten seuraavia investointikohteita: liikuntapaikat, koulut, terveyskeskukset ja vanhuspalvelut. Liikuntapaikkoihin liittyvät viittaukset koskivat useimmiten liikuntapaikkojen saneerausta, laajennusta tai uusien liikuntapaikkojen järjestämistä ja rakentamista. Kouluja, terveyskeskuksia ja vanhuspalveluita koskevat maininnat liittyivät useimmiten tilojen saneerauksiin, korjauksiin ja laajennuksiin tai rakentamiseen. Lisäksi mainittiin muun muassa teiden ja kevyenliikenteen väylien kunnostus ja esteettömyyden parantaminen. Mukana oli myös joitakin yksittäisiä mainintoja, joilla viitattiin toiminnan tai palvelun kehittämiseen.

*”Lasten lähiliikuntapaikat; kunnan urheilukentän uusiminen; uimahalli; kev. liik. väylät; koulujen ilmanvaihto; terveyskeskuksen laajennus; terveysaseman 3. vaihe peruskorjaus; vanhainkodin laajennus; stor renovering av kommunen äldreboende”*

## Terveydentilan seurannasta ja tulosten raportoinnista vastaava taho

Suurin osa (42 %) vastaajista ilmoitti, että terveyskeskus vastasi asukkaiden terveydentilan seurannasta ja raportoinnista. Tästä tehtävästä vastasi sairaanhoitopiiri seitsemässä prosentissa ja kunnan keskushallinto viidessä prosentissa kunnista. Runsaassa kolmanneksessa (36 %) vastanneista kunnista vastuullisena oli jokin muu kuin edellä mainitut tahot. Muista seurannasta ja raportoinnista vastaavista tahoista mainittiin useimmin kuntayhtymä tai yhteistoiminta-alue ja perusturva tai sosiaali- ja terveystoimi. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmä ja terveyden edistämisen työryhmä vastasi tästä tehtävästä vain hyvin harvassa kunnassa. Joka kymmenes kunta ilmoitti, että vastuutahoa ei ole määritetty. Vähintään 50 000 asukkaan kunnissa keskushallinto vastasi pienempiä kuntia useammin terveydentilan seurannasta ja raportoinnista; muuten vastuutaho ei juuri vaihdellut kunnan väkiluvun mukaan. Lisäksi yhdessäkään vähintään 50 000 asukkaan kunnassa sairaanhoitopiiri ei vastannut tästä tehtävästä.

## Väittämiä kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä

Kysymyslomakkeessa olleita väittämiä arvioitiin viisiportaisella asteikolla (1 täysin eri mieltä–5 täysin samaa mieltä).

**”Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisjärjestelmä on kunnassa selkeä.”** Tiedonkeruun perusteella hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisjärjestelmässä oli epäselvyyttä useassa vastanneessa kunnassa. Suurin osa (40 %) vastanneista oli eri mieltä (täysin eri mieltä 10 % ja jokseenkin eri mieltä 30 %) väittämästä. Kolmannes (33 %) vastaajista oli samaa mieltä (jokseenkin samaa mieltä 24 % ja täysin samaa mieltä 9 %) väittämän kanssa. Runsas neljännes (28 %) ei ottanut kantaa väittämään. Kaupunkimaisten kuntien vastaajat olivat useimmin samaa mieltä (jokseenkin 33 % ja täysin 14 %) kuin taajaan asuttujen (30 % ja 5 %) ja maaseutumaisten (17 % ja 8 %) kuntien vastaajat. Lisäksi yksikään kaupunkimaisen kunnan vastaaja ei ollut väittämän kanssa täysin eri mieltä.

**”Kunnanjohtajan työn tavoitteisiin sisältyy väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevia tavoitteita (esim. johtajasopimukseen tai henkilökohtaiseen tavoitesopimukseen).”** Vastausten perusteella hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteita oli harvoin sisällytetty kunnanjohtajan työn tavoitteisiin. Selvästi suurin osa (62 %) vastanneista oli eri mieltä (täysin eri mieltä 29 % ja jokseenkin eri mieltä 33 %) väittämästä. Noin viidennes (21 %) vastaajista oli samaa mieltä (jokseenkin samaa mieltä 15 % ja täysin samaa mieltä 6 %) väittämän kanssa. Eniten samaa mieltä (jokseenkin 16 % ja täysin 9 %) väittämän kanssa olivat kaupunkimaisten kuntien vastaajat ja eniten eri mieltä (täysin 28 % ja jokseenkin 43 %) taajaan asuttujen kuntien vastaajat. Aikaisempina tiedonkeruuvuosina 2004 ja 2007 samaa mieltä väitteen kanssa olleiden osuus oli suurempi, noin neljäsosa (taulukko 8).

**”Yhteistyö kolmannen sektorin / järjestöjen kanssa toimii kunnassa hyvin.”** Yhteistyö kolmannen sektorin ja järjestöjen kanssa näyttää vastaajien mielestä toimivan melko hyvin. Selvästi suurin osa (65 %) vastanneista oli samaa mieltä (jokseenkin samaa mieltä 49 % ja täysin samaa mieltä 16 %) väittämästä. Vain pieni osa (8 %) oli eri mieltä (täysin eri mieltä 1 % ja jokseenkin eri mieltä 7 %) väittämästä. Neljännes (26 %) ei ottanut kantaa väittämään. Tyytyväisimpiä yhteistyöhön olivat kaupunkimaiset kunnat. Taajaan asutuissa - sekä maaseutumaisissa kunnissa oli eniten vastaajia, jotka olivat eri mieltä väittämästä tai eivät ottaneet kantaa väittämään. Yhteistyön sujuvuutta koskeneen väittämän kanssa samaa mieltä olleiden osuus oli vuonna 2011 selvästi suurempi kuin vuosina 2004 ja 2007 (taulukko 8).

**”Kuntalaisilla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa kunnan palvelujen kehittämiseen muutenkin kuin luottamushenkilöiden kautta.”** Tiedonkeruuseen vastanneiden mukaan kuntalaisilla oli kohtuullisen hyvät mahdollisuudet vaikuttaa kunnan palvelujen kehittämiseen. Enemmistö (52 %) vastaajista oli samaa mieltä (jokseenkin samaa mieltä 36 % ja täysin samaa mieltä 16 %) väittämästä. Kolmannes (32 %)

vastaajista ei ottanut myönteistä eikä kielteistä kantaa asiaan. Eri mieltä väittämästä oli 16 prosenttia vastaajista ja heistä vain yksi prosentti oli täysin eri mieltä. Kuntakoko vaikutti vähän vastauksien jakautumiseen. Taajaan asuttujen kuntien vastaajat kokivat kuntalaisten vaikutusmahdollisuudet jonkin verran heikommiksi (44 % samaa mieltä, 39 % ei samaa eikä eri mieltä) kuin kaupunkimaisten ja maaseutumaisten kuntien vastaajat.

Taulukko 8. Kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kuvaavien väittämien paikkaansa pitävyys (%) vuosina 2004, 2007 ja 2011.

|  | Samaa mieltä (%) |      |      |
|--|------------------|------|------|
|  | 2004             | 2007 | 2011 |
| "Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisjärjestelmä on kunnassa selkeä."  | -                | 29   | 33   |
| "Kunnanjohtajan työn tavoitteisiin sisältyy väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevia tavoitteita (esim. johtajasopimukseen tai henkilökohtaiseen tavoitesopimukseen)." | 25               | 26   | 21   |
| "Yhteistyö kolmannen sektorin/järjestöjen kanssa toimii kunnassa hyvin."   | 54               | 57   | 65   |
| "Kuntalaisilla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa kunnan palvelujen kehittämiseen muutenkin kuin luottamushenkilöiden kautta."  | -                | 55   | 52   |

## Yhteistyö yhteistoiminta-alueen kanssa

Yhteistoiminta-alueen kanssa tehtävään yhteistyöhön liittyvät kysymykset oli osoitettu kunnille, joiden sosiaali- ja /tai terveyspalvelut on järjestetty yhteistoiminta-alueella.

Yleisimmät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyön muodot kunnan ja yhteistoiminta-alueen välillä olivat yhteiset palaverit (78 %) ja tiedotusyhteistyö (68 %). Lisäksi yli puolet vastaajista (54 %) ilmoitti, että kunnalla ja yhteistoiminta-alueella on yhteisesti sovitut terveyden edistämisen tavoitteet ja yhteinen terveyden edistämisen koordinointi. Lisäksi lähes kaksi viidesosaa (37 %) vastanneista teki muuta yhteistyötä yhteistoiminta-alueen kanssa. Muu yhteistyö sisälsi tyypillisesti erilaista suunnittelu-yhteistyötä, esimerkiksi lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman laatimista, maankäytön suunnittelua ja turvallisuussuunnitelman tekoa. Lisäksi yhteistyönä tehtiin hyvinvointistrategiatyötä sekä hanke- ja projektiyhteistyötä. Avovastauksissa oli myös mainintoja, että yhteistyötä ei tehdä tai yhteistyö on vähäisempää kuin aiemmin oman kunnan sisällä.

Lähes kaikki vastaajat (97 %) ilmoittivat, että kuntajohto tekee yhteistyötä yhteistoiminta-alueen kanssa. Myös muiden toimialojen ja yhteistoiminta-alueen välinen yhteistyö oli yleistä: opetustoimi (84 %); vapaa-aika, johon luettiin kuuluvaksi kulttuuri, liikunta ja nuorisotyö (76 %); tekninen toimi (75 %) ja ympäristötoimi (70 %). Lisäksi kaksi viidesosaa (40 %) vastanneista kunnista teki yhteistyötä yhteistoiminta-alueiden kanssa muidenkin hallinnonalojen taholta. Muuksi yhteistyötä tekeviksi tahoiksi nimettiin muun muassa sosiaalitoimi tai perusturva, poikkihallinnolliset työryhmät ja kaikki toimialat.

## Väestön terveydentilan seuranta ja arviointi

Väestön terveydentilan seurantaa ja arviointia kunnissa selvitetiin seuraavilla kysymyksillä:

1. Seuraako kunnan johtoryhmä järjestelmällisesti seuraavia väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan muutoksia ja niihin vaikuttavia tekijöitä? (Sairastavuutta; Elinympäristön terveellisyttä; Elinoloja; Elintapoja; Elämänhallintaa; Väestöryhmien välisiä terveyseroja)

Mainitse kolme tärkeintä kuntatason toimenpidettä, jotka on kunnassa tehty väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan parantamiseksi.

2. Onko toimialojen yhteistyönä laadittu tarkempi hyvinvointikertomus/ -selonteko/ muu väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa kuvaava asiakirja?
3. Onko kunnassa kunnanvaltuuston hyväksymät hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen indikaattorit (seurantamittarit ja tunnusluvut)?
4. Mainitse kolme tärkeintä seurantamittaria/tunnuslukua.
5. Onko kunnan toimintakertomuksessa vuodelta 2010 raportoitu kunnan toiminnasta ja tavoitteiden toteutumisesta väestön terveyden edistämisessä?

## Hyvinvoinnin ja terveydentilan muutosten seuranta

Kansanterveyslain (66/1972) uudistus (928/2005) nosti terveyden edistämisen kiinteäksi osaksi kunnan kansanterveystyötä, ja muun muassa velvoitti kunnan seuraamaan väestön terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin. Toukokuussa 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain (1326/2010) 12 §:n mukaan kunnan on seurattava asukkaistensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin.

Hyvinvoinnin ja terveydentilan seuranta ja arviointi ovat edellytyksiä tietoon perustuvalla päätöksenteolla ja tiedolla johtamisella yhdessä kunnan järjestämien palvelujen suoritteiden ja talouden seurannan kanssa. Kunnan johtoryhmän tehtäviin kuuluu varmistaa, että kunnan valmistelu on toimintapolitiikan suuntaista. Koska johtoryhmän valmistelemat asiat koskevat koko kuntaa, on hyvinvoinnin ja terveydentilan muutosten seuraaminen osa onnistunutta poikkihallinnollista toimintaa. Johtoryhmä edistää toimialojen välistä kehittämistoimintaa ja ohjaa kuntaorganisaation toimintaa päämääränään kunnan ja kuntalaisten hyvinvointi.

Kuntien johtoryhmissä seurattiin selvästi yleisimmin väestön elinolojen kehitystä. Lähes kolme neljäsosaa (73 %) vastanneista seurasi elinolojen muutoksia järjestelmällisesti. Seuraavaksi yleisimmin seurattiin elinympäristön terveellisyttä (60 %). Harvinaisempaa kunnissa oli elintapojen ja sairastavuuden (37 %) sekä elämänhallinnan (29 %) seuranta. Väestöryhmien välisiä terveyseroja seurattiin vain hieman useamman kuin joka neljännen (27 %) kunnan johtoryhmässä. (Taulukko 9.)

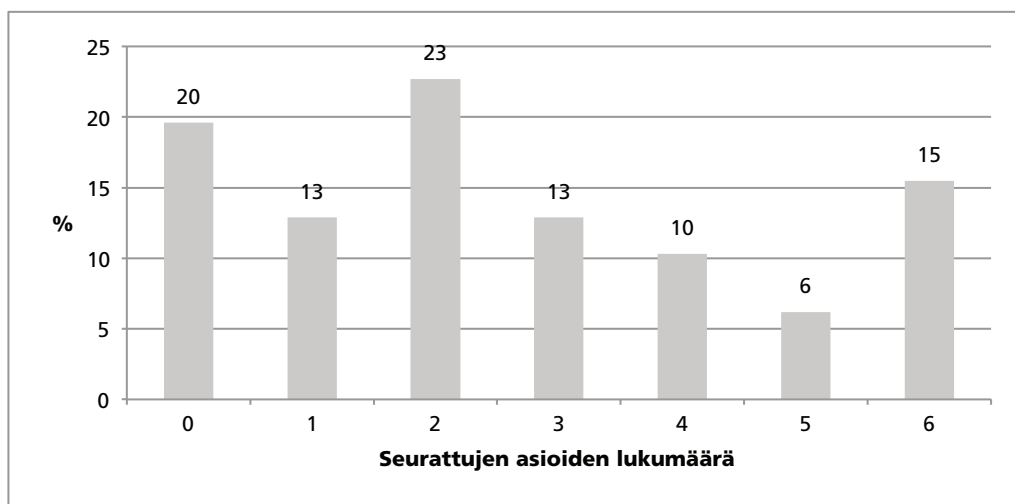
Kuntakoon perusteella luokitellussa aineistossa esiintyi eroja suurten ja pienten kuntien välillä. Suurten, vähintään 50 000 asukkaan kuntien johtoryhmät seurasivat sairastavuutta, elinoloja, elintapoja ja väestöryhmien välisiä terveyseroja pienempiä kuntia yleisemmin. (Taulukko 9.)



Taulukko 9. Väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan muutosten ja niihin vaikuttavien tekijöiden seuranta kunnan väkiluvun, kuntaryhmityksen ja alueen mukaan. Kuntien osuus prosentteina.

|                       | Sairastavuus | Elinympäristön terveellisyys | Elinolot  | Elintavat | Elämänhallinta | Väestöryhmien väliset terveyserot |
|-----------------------|--------------|------------------------------|-----------|-----------|----------------|-----------------------------------|
| <b>KOKO AINEISTO</b>  | <b>37</b>    | <b>60</b>                    | <b>73</b> | <b>37</b> | <b>29</b>      | <b>27</b>                         |
| <b>Väestöpohja</b>    |              |                              |           |           |                |                                   |
| Alle 5000             | 45           | 72                           | 77        | 45        | 39             | 34                                |
| 5 000–9 999           | 27           | 51                           | 73        | 33        | 24             | 16                                |
| 10 000–19 999         | 28           | 56                           | 75        | 31        | 19             | 22                                |
| 20 000–49 999         | 25           | 54                           | 57        | 25        | 19             | 21                                |
| 50 000 tai yli        | 67           | 61                           | 84        | 53        | 37             | 53                                |
| <b>Kuntaluokitus</b>  |              |                              |           |           |                |                                   |
| Kaupunkimaiset kunnat | 45           | 60                           | 69        | 40        | 30             | 38                                |
| Taajaan asutut kunnat | 27           | 51                           | 75        | 27        | 15             | 20                                |
| Maaseutumaiset kunnat | 37           | 64                           | 75        | 40        | 34             | 26                                |
| <b>Alue</b>           |              |                              |           |           |                |                                   |
| Ahvenanmaa            | 26           | 80                           | 80        | 40        | 40             | 20                                |
| Lappi                 | 64           | 64                           | 82        | 64        | 18             | 55                                |
| Pohjois-Suomi         | 45           | 55                           | 75        | 48        | 41             | 28                                |
| Länsi- ja Sisä-Suomi  | 26           | 50                           | 64        | 22        | 31             | 14                                |
| Itä-Suomi             | 33           | 78                           | 81        | 30        | 19             | 37                                |
| Lounais-Suomi         | 36           | 57                           | 79        | 41        | 28             | 21                                |
| Etelä-Suomi           | 40           | 64                           | 72        | 42        | 29             | 35                                |

Joka viides (20 %) kunta ilmoitti, että johtoryhmä ei seuraa järjestelmällisesti yhtäkään edellä mainituista asioista. Vastaavasti jokaista edellä mainittua asiaa seurasi 15 prosenttia kuntien johtoryhmistä. (Kuvio 2.). Kunnista, joiden asukasluku oli 20 000–49 999 asukasta, noin kolmasosa (32 %) ilmoitti, että ei seuraa yhtäkään mainituista tekijöistä. Lähes 90 prosentissa vähintään 50 000 asukkaan kunnista johtoryhmä seurasi järjestelmällisesti vähintään yhtä mainituista tekijöistä.



Kuvio 2. Väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan muutosten ja niihin vaikuttavien tekijöiden seuranta asioiden lukumäärän mukaan. Kuntien jakauma prosentteina.

Vuoteen 2007 verrattuna merkittävimmät muutokset esiintyivät järjestelmällisessä seurannassa koskien kuntalaisten sairastavuutta, elämänhallintaa ja elintapoja. Sairastavuuden järjestelmällinen seuraaminen oli pudonnut puoleen vuodesta 2007 (74 % vs. 37 %). Samoin elintapojen (62 % vs. 37 %) ja elämänhallinnan (52 % vs. 29 %) järjestelmällinen seuraaminen väheni vuodesta 2007. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan muutosten ja niihin vaikuttavien tekijöiden järjestelmällinen seuranta vuosina 2007 ja 2011. Kuntien osuus prosentteina.

|   | 2007 | 2011 | Muutos,<br>prosenttiyksikköä |
|---|------|------|------------------------------|
| Sairastavuus (esim. diabetes, dementia, mielenterveys, tuki- ja liikuntaelin-sairaudet, suun terveys) | 74   | 37   | -37                          |
| Elinympäristön terveellisyys (esim. turvallisuus, viihtyisyys)  | 59   | 60   | +1                           |
| Elinolot (esim. toimeentulo, koulutus, työllisyys)  | 74   | 73   | -1                           |
| Elintavat (esim. päihteet, liikunta, ravitsemus)  | 62   | 37   | -25                          |
| Elämänhallinta (esim. tyytyväisyys elämään, koulumenestys, lähisuhdeväkivalta)                        | 52   | 29   | -23                          |
| Väestöryhmien väliset terveyserot (esim. sosioekonomisen aseman, koulutuksen, sukupuolen ym. mukaan)  | 30   | 27   | -3                           |

Terveydenhuoltolain mukaan kunnan strategisessa suunnittelussa on asetettava paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet, määriteltävä niitä tukevat toimenpiteet ja käytettävä näiden perustana kuntakohtaisia hyvinvointi- ja terveysosoittimia (indikaattoreita). Vain joka neljäs (24 %) kunnanvaltuusto oli hyväksynyt hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen indikaattorit vuonna 2011. Luku oli kuitenkin hieman suurempi kuin vuonna 2007, jolloin 15 prosenttia vastanneista ilmoitti, että kunnassa on hyväksytty kyseiset indikaattorit. (Taulukko 11.) Vähintään 50 000 asukkaan kuntien valtuustoista lähes kaksi kolmesta (63 %) oli hyväksynyt hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen indikaattorit. Osuus oli selvästi suurempi kuin pienemmissä kunnissa.

## Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden toteuttaminen ja arviointi

Terveydenhuoltolaki velvoittaa kunnat raportoimaan kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä toteutetuista toimenpiteistä valtuustolle vuosittain, minkä lisäksi valtuustolle on kerran valtuustokaudessa valmisteltava laajempi hyvinvointikertomus (12 §). Hyvinvointikertomuksessa kuvataan kuntalaisten hyvinvointitarpeita ja arvioidaan toteutuneen toiminnan ja käytettävissä olevien resurssien suhdetta tarpeisiin. Kertomus tiivistää tulkinnan kunnan ja kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin vahvuuksista ja niitä uhkaavista tekijöistä. Analyysin pohjalta esitetään johtopäätökset poliittisen päätöksenteon tueksi. Hyvinvointikertomus on hyvinvointijohtamisen työväline. Se toimii sekä strategiatyön että kunnan vuotuisen suunnittelun ja seurannan välineenä.

Alle puolessa (42 %) kuntien vuoden 2010 toimintakertomuksista raportoitiin kunnan toimenpiteiden toteutumisesta väestön terveyden edistämisessä. Suurista, vähintään 50 000 asukkaan kunnista 63 prosenttia oli toimintakertomuksessaan raportoinut vastaavista toimenpiteistä. Väestön terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumisesta raportoitiin noin joka kolmannen (30 %) kunnan vuosikertomuksessa. Kuten edellä, raportointi oli yleisintä vähintään 50 000 asukkaan kunnissa (50 %).

Eri toimialojen yhteistyönä laaditun laajemman hyvinvointikertomuksen tai muun vastaavan asiakirjan oli tehnyt 29 prosenttia kunnista. Asiakirjan ilmoitti valmistuvan vuoden 2011 aikana 16 prosenttia kunnista, eli yhteenlaskettuna osuus jää alle puoleen kaikista vastanneista kunnista. Useampi kuin kaksi kolmesta (68 %) vähintään 50 000 asukkaan kunnasta oli laatinut hyvinvointikertomuksen tai muun

vastaavan asiakirjan. Suurissa kunnissa vuonna 2011 valmistuviksi ilmoitettujen hyvinvointikertomusten kanssa yhteenlaskettuna osuus oli jo 84 prosenttia. Erot kuntien välillä kunnan koon perusteella tehdyin luokittelun mukaan olivat suuret. Seuraavaksi yleisimmin hyvinvointikertomus oli laadittu tai laadittaisiin vuonna 2011 kunnissa, joiden väkiluku oli 20 000–49 999 (52 %). Myös maantieteellisessä tarkastelussa ilmeni eroja alueiden välillä. Selvästi yleisintä hyvinvointikertomuksen laadinta oli Lapin kunnissa, joista 81 prosenttia ilmoitti kertomuksen joko olevan laadittu tai valmistuvan vuoden 2011 aikana.

Hyvinvointikertomusten tai vastaavien asiakirjojen laadinta kunnissa oli vuonna 2011 hieman yleisempää kuin vuonna 2007. Vuonna 2007 asiakirja oli laadittu 27 prosentissa vastanneista kunnista ja vuoden 2007 aikana kertomuksen aikoi valmistella 10 % kunnista. (Taulukko 11.) Kuten vuonna 2011, hyvinvointikertomus oli vuonna 2007 olemassa sitä yleisemmin mitä väkirikkaammasta kunnasta oli kyse.

Taulukko 11. Hyvinvointi-indikaattorien hyväksyminen valtuustoissa ja hyvinvointikertomuksen laadinta vuosina 2007 ja 2011. Kuntien osuus prosentteina.

|  | 2007 | 2011 | Muutos,<br>prosenttiyksikköä |
|--|------|------|------------------------------|
| Valtuuston hyväksymät Hyvinvointi-indikaattorit olemassa | 15   | 24   | +9                           |
| Hyvinvointikertomus tai vastaava asiakirja olemassa      | 27   | 29   | +2                           |
| Hyvinvointikertomus tai vastaava asiakirja valmisteilla  | 10   | 16   | +6                           |

Vastaajat saivat mainita kolme tärkeintä kuntatason toimenpidettä, jotka kunnassa oli tehty väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan edistämiseksi. Eniten mainintoja tuli terveyspalvelujen sekä ympäristö- ja yhdyskuntasuunnittelun alueilta. Kohderyhmistä korostuivat lapset ja nuoret, ikäihmiset ja perheet sekä työttömät. Elintapoihin kohdistuvat toimenpiteet liittyivät yleisimmin tupakointiin, ravintoon, liikuntaan ja päihteisiin. Toistuvasti vastauksissa esiintyi myös termi ”ennaltaehkäisy”.

*”Hyvät peruspalvelut turvattu; turvallinen asuinympäristö; kouluinvestointi; lapsi- ja nuorisopolitiittinen ohjelma; strategi för åldringsvården; lapsiperheisiin panostaminen, työntekijän palkkaaminen; liikuntatakuu ja terveysliikuntakunta; päihdesuunnitelman jalkauttaminen; savuton kunta; pitkäaikaistyöttömien työllistäminen; ennaltaehkäisevät toimenpiteet keskeisellä sijalla”*

Vastaajia pyydettiin lisäksi mainitsemaan kolme tärkeintä kunnanvaltuuston hyväksymää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seurantamittaria/tunnuslukua (indikaattoria). Yleisimmin mainittiin seuraavat mittarit: Toimeentulotuki, työttömyys/työllisyys, diabetes ja muut kansantaudit, huostaan otettujen/kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä, Kouluterveyskyselystä saatavat mittarit ja sairastavuus.

## Voimavarat ja osaaminen

Kunnan johdon terveyden edistämisen voimavaroja ja osaamista mitattiin seuraavilla kysymyksillä:

1. Järjestettiinkö kunnassa vuonna 2010 hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koulutusta kunnan johdolle?
2. Mainitkaa 3 tärkeintä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvää asiaa, joihin kunta panostaa vuonna 2011.

Kunnan johto toimii poikkihallinnollisesti ja vastaa eri toimialojen kehittämistoiminnasta ja kuntastrategian toteuttamisesta. Kuntajohdossa ei läheskään aina ole saatavilla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiantuntijaa, mutta kohdennetulla koulutuksella osaamista voi merkittävästi lisätä.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koulutusta kunnan johdolle järjestettiin noin kolmanneksessa (34 %) vastanneista kunnista. Joka toisessa vähintään 50 000 asukkaan kunnassa johto oli saanut koulutusta, mutta toisaalta noin viidesosassa (22 %) suurista kunnista ei asiasta ollut vastaajalla tietoa. Lähes yhtä yleistä (47 %) koulutus oli 10 000–19 999 asukkaan kunnissa. Koulutusten järjestämisen yleisyydessä esiintyi selviä alueellisia eroja. Yli puolet (52 %) Pohjois-Suomen ja lähes puolet (45 %) Lapin kunnista oli järjestänyt koulutusta, kun taas vastaava osuus Lounais-Suomessa oli noin viidesosa (21 %).

Vuonna 2007 kysymys oli esitetty hieman eri tavalla, joten vertailu aikaisempaan on ainoastaan suuntaa-antavaa. Koulutukset eivät kuitenkaan näyttäneet olevan aikaisempaa yleisempiä vuonna 2010. Vuonna 2007 hieman useampi kuin joka kolmas (35 %) vastanneista kunnista oli järjestänyt koulutusta luottamushenkilöille ja kunnan johdolle.

Vuonna 2011 kunnat ilmoittivat panostavansa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteisiin, muun muassa perustamalla uusia virkoja ja toimia terveydenhuoltoon. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen teemoista esille nousivat perheiden palvelut, päihteiden käytön vähentäminen ja turvallisuus. Eri-laiset hankkeet ja projektit mainittiin niin ikään useasti.

## Osallisuus

Kuntalaisten osallisuutta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä vaikuttamiseen selvitettiin seuraavilla mittareilla:

1. Ovatko kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet kunnan verkkosivuilla kuntalaisten avoimesti tarkasteltavissa?
2. Toimiiko kunnassa hallituksen tai valtuuston asettamia foorumeja, joissa kuntalaiset voivat vaikuttaa kunnan toimintaan?

Perustuslain 14 §:ssä säädetään julkiselle vallalle tehtäväksi edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon. Osallisuus on avainasemassa kunnan toimintaympäristössä, kun pyritään vaikuttamaan terveyden edistämistä koskevaan päätöksentekoon.

Eri kuntalaisryhmillä on kunnissa yhteistyöelimiä, foorumeja, joiden tehtävänä on parantaa ryhmien äänen kuuluvuutta kunnallisessa päätöksenteossa. Yleisimpiä esimerkkejä foorumeista ovat vanhus- ja vammaisneuvostot. Vanhusneuvoston asettaminen on kunnille vapaaehtoista. Vammaisneuvostosta säädetään vammaispalvelulain 13 §:ssä, jonka mukaan kunnanhallitus voi asettaa vammaisneuvoston, jonka tehtävänä on edistää ja seurata kunnallishallinnon eri aloilla tapahtuvaa toimintaa vammaisten henkilöiden kannalta. Maahanmuuttajaneuvostoon valitaan yleensä maahanmuuttajataustaisia henkilöitä sekä mahdollisesti heidän asioitaan käsittelevien lautakuntien edustajia. Lasten Parlamentti on virallinen lasten toimielin kunnassa, johon se on perustettu. Kuntien lasten parlamentteja koordinoidaan valtakunnallisesta Lasten Parlamentista. Toiminta on koulun oppilaskuntatoiminnan jatkumo koko kunnan tasolla, ja mahdollistaa kunnassa lapsinäkökulman huomioimisen niin asioiden valmistelussa kuin päätöksenteosakin. Maaliskuun 2011 alussa voimaan astunut nuorisolaki korostaa erityisesti nuorten osallistumista ja kuulemista. Lain mukaan nuorille tulee järjestää mahdollisuus osallistua paikallista ja alueellista nuorisotyötä ja -politiikkaa koskevien asioiden käsittelyyn. Laissa lukee lisäksi, että nuoria on kuultava heitä koskeissa asioissa.

Noin neljänneksellä (24 %) kunnista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet olivat kunnan verkkosivuilla nähtävillä. Yleisimmin tavoitteet olivat esillä yli 50 000 asukkaan kunnissa (44 %).

Kolme yleisintä valtuustojen asettamaa kuntalaisfoorumia olivat vanhusneuvosto tai vastaava (91 %), Vammaisneuvosto tai vastaava (81 %) ja Nuorisovaltuusto tai vastaava (79 %). Kuntakoko oli tärkeä selettävä tekijä kuntien välisissä eroissa. Edellä mainitut kolme foorumia oli asetettu kaikissa vastanneissa yli 20 000 asukkaan kunnissa. Huomattavasti harvinaisempia kaikissa kunnissa olivat lapsiparlamentit tai vastaavat (16 %) ja maahanmuuttajafoorumi tai vastaava (12 %). (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Kuntien vaikuttamisfoorumit kunnan väkiluvun perusteella luokiteltuna. Kuntien osuus prosentteina.

|               |                | Vanhus-<br>neuvosto | Vammais-<br>neuvosto | Nuoriso-<br>valtuusto | Lapsipar-<br>lamentti | Kaupungin-<br>osafoorumi | Maahan-<br>muuttaja-<br>foorumi | Muu vastaava<br>foorumi |
|---------------|----------------|---------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| KOKO AINEISTO |                | 91                  | 81                   | 79                    | 16                    | 33                       | 12                              | 28                      |
| Väestö        | Alle 5000      | 83                  | 58                   | 57                    | 8                     | 28                       | 0                               | 30                      |
|               | 5 000–9 999    | 92                  | 79                   | 79                    | 9                     | 25                       | 5                               | 11                      |
|               | 10 000–19 999  | 94                  | 97                   | 91                    | 19                    | 27                       | 14                              | 28                      |
|               | 20 000–49 999  | 100                 | 100                  | 100                   | 30                    | 41                       | 11                              | 32                      |
|               | 50 000 tai yli | 100                 | 100                  | 100                   | 29                    | 68                       | 68                              | 63                      |

# POHDINTA

Raportissa on esitetty keväällä 2011 kuntajohdolle tehdyn tiedonkeruun tulokset. Tiedonkeruun tarkoituksena oli selvittää kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kunnan keskushallinnon näkökulmasta. Vastaavan tyyppinen tiedonkeruu on toteutettu myös vuosina 2004 ja 2007. Tiedonkeruun avulla kartoitettiin myös 1.5.2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain toimeenpanon lähtötilannetta. Tulokset julkaistaan TEAviisari-verkkopalvelussa, jossa kunnat voivat tarkastella yksityiskohtaisesti omia tuloksiaan, ja hyödyntää niitä toimintansa kehittämisessä ja suunnittelussa.

## Tulosten yleistettävyyden ja luotettavuus

Tiedonkeruun vastausprosentiksi jäi muistutuksista huolimatta 58. Vastausprosentti on matalahko, mutta silti korkeampi kuin aiemmissa vastaavissa selvityksissä vuosina 2004 (51 %) ja 2007 (43 %). Tulosten yleistettävyyden kannalta positiivista on, että vastanneet kunnat kattavat 82 prosenttia koko maan väestöstä. Kuntakoko oli yhteydessä vastausaktiivisuuteen. Kaupunkimaisista kunnista 80 prosenttia, taajaan asutuista kunnista 61 prosenttia ja maaseutumaisista kunnista puolet vastasi tiedonkeruuseen. Alle 5000 asukkaan kunnista aineisto kattaa alle puolet (46 %). Erityisesti pienten kuntien vastaamattomuus voi osin selittyä sillä, että terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuun on katsottu siirtyneen kunnasta yhteistoiminta-alueelle. Tätä kuvaa hyvin erään kunnan avoin vastaus:

*”Kunnassamme ei ole enää [enää] yhtään perusturvan henkilöä. Perusturvan hoitaa Kuntayhtymä, joten kysely olisi syytä suunnata sinne. Parsa [Paras] lainsäädännön myötä alla 20 000 asukkaan kunnissa ei yleensä hoideta enää perusturvaa. Eli kyselyt tulee tehdä perusrva-asioita [perusturva-asioita] hoitaville yhteistoiminta-alueille.”*

Alueellisesti vastanneet kunnat edustavat Suomea melko hyvin. Vastausaktiivisuudessa ei alueiden välillä ollut suuria eroja lukuun ottamatta Ahvenanmaata, jonka kunnista tiedonkeruuseen vastasi vain 31 prosenttia. Suhteellisesti eniten vastauksia saatiin Pohjois-Suomen (67 %) ja Etelä-Suomen kunnista (64 %).

Tiedonkeruun kohteena oli kunnan keskushallinto. Lomake lähetettiin kunnanjohtajan sähköpostiosoitteeseen ja kunnan yleiseen postiosoitteeseen kunnanjohtajalle osoitettuna. Saatekirjeessä toivottiin, että vastaaja olisi kunnan keskushallinnon edustaja, esimerkiksi kunnanjohtaja, strategiajohtaja tai hallintojohtaja. Tästä huolimatta vastaajana oli usein perusturva- tai sosiaali- ja terveystoimen johtaja. Johtoryhmässä tiedonkeruuta oli käsitelty 34 prosenttia vastanneista. Kuntakoon kasvaessa keskushallinnon edustajien osuus vastanneista väheni: lähes puolessa (47 %) vähintään 50 000 asukkaan kunnista vastaajana oli joku muu kuin kunnan keskushallinnon edustaja. Mitä pienemmästä kunnasta oli kyse, sitä useammin vastaaja oli kunnanjohtaja. Alle 5000 asukkaan kunnissa 72 prosenttia vastanneista oli kunnanjohtajia.

Tiedonkeruulomake valmisteltiin yhdessä kansanterveyden neuvottelukunnan kuntaryhmän kanssa. Kerättävät tiedot oli järjestetty lomakkeelle terveydenedistämisen aktiivisuuden viitekehyksen näkökulmien mukaisesti. Myös aikaisempien vuosien tiedonkeruissa käytetyt kysymykset otettiin valmistelussa huomioon vuosien välillä tapahtuneiden keskeisten muutosten seuraamiseksi.

## Keskeisten tulosten yhteenvetoa ja pohdintaa

Kunnan sitoutumista hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen mitattiin tiedonkeruussa selvittämällä sitä, missä määrin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet sisältyivät kunnan strategiaan ja muihin valtuustotasoisiiin asiakirjoihin ja seurataanko tavoitteiden toteutumista. Vastanneista kunnista kaksi kolmasosaa oli laatinut paikallisen turvallisuussuunnitelman, mutta kolmannesta laadituista suunnitelmista



ei ollut käsitelty valtuustossa lainkaan. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteiden sisällyttäminen kuntien talous- ja toimintasuunnitelmiin on lisääntynyt selvästi vuodesta 2004. Etenkin kansanterveysohjelman tavoitteet lasten ja nuorten hyvinvoinnin osalta sisältyvät aiempaa useammin kuntien talous- ja toimintasuunnitelmiin. Työikäisiin ja yli 75-vuotiaisiin liittyvien tavoitteiden asettelussa ei ole tapahtunut mainittavaa muutosta vuoteen 2007 verrattuna. Kuitenkaan noin kymmenennes vastanneista kunnista ei sisällyttänyt Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteita lainkaan talous- ja toimintasuunnitelmaansa. Kuntakoko on yhteydessä tavoitteiden asettamisessa: suurissa kaupungeissa Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteet oli otettu huomioon keskimääräistä yleisemmin kunnan valtuustotasoisissa asiakirjoissa.

Kansallisiin linjauksiin nähden terveyserojen kaventaminen oli kirjattu vain harvoin kunnan valtuustotason asiakirjoihin. Lähes kaksi kolmasosaa ei ollut kirjannut sitä tavoitteeksi kuntastrategiaan eikä talous- ja toimintasuunnitelmaan. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyviä poikkihallinnollisia toimeenpanosuunnitelmia kunnat olivat laatineet aiempaa enemmän lähes kaikkien kysytyjen kansanterveyshaasteiden ja ikäryhmien osalta. Toisaalta, ravitsemuksesta ja seksuaaliterveydestä laaditaan edelleen vain vähän luottamushenkilökäsittelyyn meneviä toimeenpanosuunnitelmia.

Tarkastuslautakunnat olivat kiinnittäneet vähän huomiota hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumisen arviointiin. Mikäli niihin kiinnitettäisiin huomiota arviointikertomuksessa, tuki si se paremmin myös tavoitteiden toimeenpanoa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on kuntalain ensimmäisen pykälän mukaan kunnan perustehtävä. Vuonna 2006 julkaistu Terveys 2015 -edistämisen laatusuositus painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden ja johtamisen kehittämistä; myös terveydenhuoltolaki vahvistaa tätä painotusta. Kuitenkin tulosten perusteella voidaan päätellä, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisvastuu ja johtamisjärjestelmät ovat vielä epäselviä kunnissa. Vain hyvin harvassa kunnassa kunnanjohtaja vastasi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ei kovin yleisesti katsota kuuluvan kunnanjohtajan työn tavoitteisiin. Vain viidennes ilmoitti sen sisältyvän esimerkiksi kunnanjohtajan johtajasopimukseen tai henkilökohtaiseen tavoitesopimukseen.

Lähes kaksi viidesosaa vastanneista ilmoitti, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ei ole annettu erityisesti kenenkään viranhaltijan vastuulle ja runsas kymmenes vastanneista ilmoitti, että vastuu on terveyden edistämisen suunnittelijalla tai vastaavalla henkilöllä. Vain vajaa kolmannes vastanneista piti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisjärjestelmää selkeänä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen hallinnolliset rakenteet ovat myös vielä melko harvinaisia, mutta tilanne on selvästi kohentunut vuodesta 2007. Sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmiä ja työryhmiä olivat selvästi aiempaa enemmän etenkin suuremmissa kunnissa. Työryhmissä painottui luonnollisesti terveydenhuollon edustus ja sen koordinoiva rooli, mutta myös muiden toimialojen edustus oli laajasti mukana työryhmissä. Etenkin sivistys- ja nuorisotoimen sekä teknisen toimen edustus työryhmissä oli vahvistunut vuodesta 2007. Suuressa osassa vastanneista kunnista ei toimi erikseen nimettyä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelijaa tai koordinaattoria, mutta koordinaattoreita on kuitenkin enemmän kuin vuonna 2007.

Terveysvaikutusten ennakkoarviointi on kirjattu kansanterveyslakiin vuonna 2005 ja terveydenhuoltolakiin vuonna 2010. Kuitenkaan noin kaksi kolmannesta vastanneista kunnista ei käyttänyt ennakkoarvioinnin menetelmää lainkaan. Ennakkoarviointia käytettiin ohjelmien ja suunnitelmien sekä lautakuntapäätösten valmistelussa joillakin toimialoilla kolmanneksessa kunnista. Kuntastrategian valmistelussa ennakkoarvioinnin käyttö oli vielä hiukan harvinaisempaa.

Terveysvaikutusten ennakkoarviointi on kirjattu kansanterveyslakiin vuonna 2005 ja terveydenhuoltolakiin vuonna 2010. Kuitenkaan noin kaksi kolmannesta vastanneista kunnista ei käyttänyt ennakkoarvioinnin menetelmää lainkaan. Ennakkoarviointia käytettiin ohjelmien ja suunnitelmien sekä lautakuntapäätösten valmistelussa joillakin toimialoilla kolmanneksessa kunnista. Kuntastrategian valmistelussa ennakkoarvioinnin käyttö oli vielä hiukan harvinaisempaa.

Terveydenhuoltolaki ja sen nojalla annettu valtioneuvoston asetus 338/2011 neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta velvoittavat kuntien perusterveydenhuollosta vastaavat tahot tarkastamaan koulujen ja oppilaitosten terveellisyden ja turvallisuuden yhteistyössä koulujen, oppilaiden ja muiden asiantuntijoiden kanssa vähintään joka kolmas vuosi. Asetusta vastaava suositus on ollut voimassa jo vuodesta 2002 alkaen. Tiedonkeruu osoitti, että kunnissa on epäselvyyttä siitä, kenen vastuulla asetuksen noudattaminen tältä osin on. Terveystoimea useammin vastuu tarkastusten toteuttamisesta oli annettu opetus- tai sivistystoimelle.

Kaikkien toimialojen velvoite ottaa huomioon talous- ja toimintasuunnitelmassa kunnan hyvinvointi- ja terveystavoitteet on kirjattu käyttötaloussuunnitelman ohjeistukseen vain alle viidesosassa vastaan-

neista kunnista. Kyseisten terveys- ja hyvinvointitavoitteiden toteutuminen oli otettu huomioon vuosien 2011–2014 investointiohjelmassa noin puolessa vastanneista kunnista.

Kansanterveyslain velvoite kunnille asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehityksen seurannasta väestöryhmittäin toistetaan myös terveydenhuoltolaissa. Terveyskeskus oli vastuussa tästä tehtävästä suurimmassa osassa vastanneista kunnista. Lain velvoitteesta huolimatta joka kymmenes kunta ilmoitti, että seurannasta vastaavaa tahoa ei ole määritetty ja joka kolmas ilmoitti vastuutahoksi kunnan ulkopuolisen toimijan, kuten sairaanhoitopiirin tai yhteistoiminta-alueen. Seuranta voidaan toteuttaa alueellisesti, mutta kunnassa tulisi olla ensisijainen vastuutaho, seurantatulosten tilaaja, jolle alueellinen toimija raportoi kuntakohtaiset seurantatulokset ja joka vastaa tulosten raportoinnista eteenpäin kunnanvaltuustolle. Vuonna 2010 toteutetussa terveydenedistämisasiivisuus perusterveydenhuollossa -tiedonkeruussa 162 terveyskeskuksen vastauksissa suurimmat puutteet raportoitiin juuri seurannassa ja tarveanalyysissa sekä voimavaroissa (TEAviisari). Kunnissa koettiin vaikeuksia raportoida väestön terveydentilan väestöryhmittäisestä kehityksestä luottamushenkilöille. Tilanne ei juuri näytä parantuneen, kun tarkastellaan asiaa kuntajohdon näkökulmasta vuonna 2011. Vain noin kolmasosa kunnista raportoi kuntajohdon seuraavan järjestelmällisesti väestön sairastavuutta, elintapoja tai väestöryhmien välisiä terveyseroja väestöryhmien välisten terveyserojen tilannetta ja kehitystä.

Puutteita terveys- ja hyvinvointierojen koskevassa kunta- ja aluetason tiedossa, tiedon tulkinnan työvälineissä ja kaventamistoimien arvioinnissa havaittiin myös Rotkon ym. (2011) raportissa. Heidän mukaansa suurin haaste on saada hyvinvointi- ja terveyseroja koskeva tutkimus- ja seurantatieto hyödynnettyä suunnittelussa ja päätöksenteossa. Siihen tarvitaan koulutusta, resursseja, rakenteita, hallinnonalarajat ylittävää yhteistyötä, aluelähteläisiä, verkostoja, työkaluja ja hyvien käytäntöjen arviointia. Haasteena on myös kaikkien toimialojen toimenpiteiden tarkastelu hyvinvointi- ja terveyseronäkökulmasta niin eri ministeriöissä kuin alue- ja kuntatasollakin. Pelkkä tiedon välittäminen ei riitä toimintapolitiikan muuttamiseen. (Rotko ym. 2011.) Kunnissa toimenpiteet ovat kuitenkin olleet oikeansuuntaisia, ja toimialojen välinen yhteistyö on lisääntynyt uudenlaisten palvelukokonaisuuksien myötä.

Vajaa puolet kunnista on vuonna 2011 laatinut tai laatimassa hyvinvointikertomuksen tai muun vastaavan väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa kuvaavan asiakirjan. Tulos eroaa vuoden 2010 kuntien liikuntatoimille osoitetun tiedonkeruun havainnoista. Kuntien liikuntatoimien vastausten perusteella vuonna 2010 vain noin joka neljännessä kunnista ei laadittu hyvinvointikertomusta. (Kulmala ym. 2011.) Vuonna 2011 hyvinvointikertomusten tai vastaavien asiakirjojen laadinta kunnissa oli kunnan keskushallinnon vastausten perusteella hieman yleisempää kuin vuonna 2007. Erot liikuntatoimen ja keskushallinnon tiedonkeruiden tulosten välillä saattavat johtua kuntien sisäisistä käsite-eroista, jolloin hyvinvointikertomus saatetaan nähdä eri asiakirjana kuin mitä tässä kyselyssä sillä on tarkoitettu. Toisaalta tulokset kertovat myös siitä, että kertomusten valmistelu kunnissa ei ole juuri yleistynyt muutaman vuoden takaisesta. Maantieteellisesti tarkasteltuna hyvinvointikertomusten laadinnan yleisyydessä näkyvät selvästi Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) alueellisten hankkeiden vaikutukset. Niiden voidaan katsoa ainakin osittain olevan Lapin (Pohjoisen alueen Kaste) ja Pohjois-Suomen (Terveempi Pohjois-Suomi) kuntien muita alueita aktiivisemman hyvinvointikertomusten laadinnan taustalla. Hyvinvointikertomusten laadinnan odotetaan yleistyvän, sillä kiinnostus Terveempi Pohjois-Suomi - ja Kanerva-Kaste-hankkeissa kehitetyn sähköisen hyvinvointikertomuksen ([www.hyvinvointikertomus.fi](http://www.hyvinvointikertomus.fi)) laadintaan on yleistynyt voimakkaasti. Käytäntöjen jääminen elämään hankkeiden päättyttyä edellyttää niiden levittämistä ja kokemusten keräämistä erityyppisistä kunnista. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä voidaan kuitenkin tehostaa ottamalla käyttöön myös alueellisia käytäntöjä kuntien työn tueksi.

Tiedonkeruussa selvitettiin myös kuntalaisten osallisuutta kunnan toimintaan. Noin neljäsosassa kuntia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet ovat kunnan verkkosivuilla kuntalaisten avoimesti tarkasteltavissa. Osuutta voidaan pitää melko pienenä, erityisesti kunnan perustehtävän ja sen aktiivisten toimenpiteiden kannalta. Osallisuutta voidaan edistää erilaisilla kuntalaisfoorumeilla, joista tiedonkeruun perusteella yleisimpiä olivat vanhusneuvostot, vammaisneuvostot ja nuorisovaltuustot. Terveyden edistämisen kansalaiskyselyn (Haake & Nikula 2011) tulosten mukaan omasta osallisuudesta ollaan huolissaan. Kansalaiset miettivät omia mahdollisuuksiaan vaikuttaa. Lisäksi luottamus siihen, että kaikki ihmiset tulisivat kuulluiksi ja kaikilla olisi mahdollisuus vaikuttaa, horjuu kansalaiskyselyyn vastanneilla. (Haake & Nikula 2011.) Epävirallisemmat osallistumisen muodot tuottavat luottamusta ja avoimuutta usein vie-

raaksi koettuun poliittiseen päätöksentekoon. Aktiivinen osallistuminen on myös terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen näkökulmasta tavoittelemisen arvoista.

## Lopuksi

Tiedonkeruun perusteella voidaan todeta, että kokonaisuutena hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on vahvistunut kunnissa aiempiin tiedonkeruuvuosiin verrattuna. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita edelleen vahvistamalla voidaan saavuttaa terveydenhuoltolain velvoitteet. Erityisesti terveyserojen kaventamiseen on strategisessa tavoitteenasettelussa tarvetta kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Vastuutahojen nimeäminen ja johtamisjärjestelmän selkeyttäminen edellyttää vielä paneutumista useissa kunnissa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sektori- ja toimijarajat ylittävä toteutus edellyttää, että kuntatasoinen kokonaisvastuu toteutuksesta on kuntajohdolla. Sen sijaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toiminnallinen koordinoituvastuu soveltuu luontevasti hyvinvointikoordinaattorille. Kunkin toimialan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sisällöllinen vastuu on toimialojen johdolla. Terveydenhuollon vahva rooli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä korostuu luonnollisesti kunnissa, mutta myös muut toimialat ovat entistä enemmän ottamassa hyvinvoinnista vastuuta.

Vaikka terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistapa on selvästi vahvistunut kunnissa, lain velvoittama ennakoarviointi on vasta harvassa kunnassa muotoutunut osaksi normaalia valmistelutyötä. Etenkin kuntastrategian valmistelussa ennakoarvioinnin käyttö oli harvinaista, vaikka ennakoarviointi on oiva väline arvioida kuntatasoisten linjausten hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia.

Terveydenhuoltolain edellyttämässä kuntalaisten terveydentilan muutosten ja niihin vaikuttavien tekijöiden seurannassa ja raportoinnissa on vielä kehitettävää ainakin kuntaorganisaation ylimmän johdon tasolla. Verrattaessa vuoden 2011 tuloksia väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan seurannassa vuoden 2007 tuloksiin, voidaan todeta, että muutos on ollut huolestuttava. Lukuun ottamatta elinympäristön terveellisyyttä kaikkien muiden osa-alueiden seuranta kunnan johtoryhmissä on vähentynyt ja etenkin sairastavuuden, elintapojen, elämänhallinnan ja väestöryhmien välisten terveyserojen seuranta on vähäistä. Herää kysymys, mihin tietoon kunnan hyvinvointipolitiikka tällöin perustuu. Terveydenhuoltolain velvoittama hyvinvointikertomus tulisi valmistella hyvinvointipolitiikan suunnittelun, arvioinnin ja raportoinnin työvälineeksi. Se on hyvinvointijohtamisen keskeinen työväline. Poikkihallinnollisesti laaditun hyvinvointikertomuksen myötä kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveydentila saadaan päätöksenteon pohjaksi ja toimintaa ohjaavaksi näkökulmaksi. Kertomus tiivistää tulkinnan kunnan ja kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin vahvuuksista ja niitä uhkaavista tekijöistä. Se auttaa asettamaan kunnan tai alueen kannalta keskeisimmät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen painopisteet ja tavoitteet. Lisäksi hyvinvointikertomuksen tiedon pohjalta voidaan koota ja yhdistää kunnan tai alueen keskeiset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimeenpanosuunnitelmat yhtenäiseksi kokonaisuudeksi ja estää näin sirpalemaista toiminnan suunnittelua sekä päällekkäistä työtä.

Kuntakoko näyttää olevan yhteydessä kunnan terveydenedistämisaktiivisuuteen useilla tämän tiedonkeruun kartoittamilla osa-alueilla. Osaltaan tähän vaikuttanee suurten kuntien pieniä kuntia paremmat mahdollisuudet resursoida ja kouluttautua hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä sen rakenteiden kehittämiseen. Myös kunta- ja palvelurakenneuudistus ja sen mukanaan tuoma murrosvaihe on varmasti osaltaan vaikuttanut etenkin pienten kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Kun sosiaali- ja terveystoimen tehtäviä on siirtynyt yhteistoiminta-alueelle, on yhteys peruskunnan muihin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimijoihin heikentynyt. Tiedonkeruun tulokset vahvistavat osaltaan sen, että kansallinen, alueellinen ja kunnallinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden pitkäjänteinen kehittämistyö on tuottamassa tulosta, ja tähän työhön kannattaa jatkossakin panostaa.

# Lähteet

- Haake N & Nikula T. 2011. Osallisuus, luottamus ja elinym-  
päristö : Terveyden edistämisen kansalaiskysely 2011.  
Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 1/2011.  
Helsinki.
- Kansanterveyslaki 66/1972 ja sen uudistus 928/2005.
- Kulmala J, Saaristo V & Ståhl T. 2011. Terveyttä edistävä lii-  
kunta kunnissa. Perusraportti 2010. Opetus- ja kult-  
tuuriministeriön julkaisuja 2011:6. Helsinki.
- Kuntalaki 365/1995.
- Poikajärvi K & Perttilä K. 2006. Hyvinvoinnin ja terveyden  
edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien ja  
luottamushenkilöjohdon kyselystä 2004. Työpaperei-  
ta 4/2006. Stakes, Helsinki.
- Rotko T, Aho T, Mustonen N & Linnanmäki E. Kapeneeko  
kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen  
Suomessa 2007–2010. Raportti 8/2011. Terveyden ja  
hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Sisäasiainministeriö. 2008. Turvallinen elämä jokaiselle. Si-  
säisen turvallisuuden ohjelma. Valtioneuvoston yleis-  
istunto 8.5.2008. Julkaisuja 16/2008. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaa-  
tepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Jul-  
kaisuja 2001:4. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveyden edistämisen  
laatusuositus. Julkaisuja 2006:19. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008:6. Sosiaali- ja terveyden-  
huollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–  
2011. Julkaisuja 2008:6. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008:16. Kansallinen terveys-  
erojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Jul-  
kaisuja 2008:16. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2004.  
Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Oppaita 2004:8.  
Helsinki.
- Stakes. 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluter-  
veydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita  
51. Helsinki
- Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E & Leppo K (toim).  
2006. Health in All Policies, Prospects and potentials.  
Ministry of Health and Social Affairs, Helsinki.
- Ståhl T & Rimpelä M. 2010. Väestön terveyden edistämi-  
nen kunnan tehtävänä. Teoksessa Ståhl T & Rimpelä A  
(toim.): Terveyden edistäminen tutkimuksen ja pää-  
töksenteon haasteena. Teema 9. Terveyden ja hyvin-  
voinnin laitos, Helsinki.
- Ståhl T & Saaristo V. 2011. Neuvolatoiminta, koulu- ja opis-  
keluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä  
suun terveydenhuolto 2009. Kuntien valmiudet ase-  
tuksen (380/2009) toimeenpanoon. Raportti 21/2011.  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Suomen perustuslaki 731/1999.
- TEAvisari. <http://www.thl.fi/teaviisari>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Johtaminen tukee  
hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa. Tukiaineistoa kunta-  
johdolle. Kide 13. Helsinki.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Valtioneuvoston asetus 380/2009 neuvolatoiminnasta, kou-  
lu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuor-  
ten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.
- Valtioneuvoston asetus 338/2011 neuvolatoiminnasta, kou-  
lu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuor-  
ten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.
- Wilskman K, Ståhl T, Muurinen S & Perttilä K. 2008. Väes-  
tön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa.  
Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007. Työpaperei-  
ta 16/2008. Stakes, Helsinki.

# Liite 1. Saatekirje



## Kunnan johdolle

### Kysely Kuntajohdolle: Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa

Tässä kyselyssä kerätään tietoja kunnan kansanterveystyöstä (kansanterveyslaki, 14 §) väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Tarkastelunäkökulma on kuntajohdon rooli ja sen merkitys.

Kyselyn avulla tämä toiminta on tarkoitus tehdä näkyväksi ja vertailukelpoiseksi käyttämällä tunnuslukuja, jotka kuvaavat monipuolisesti kunnan johdon terveydenedistämisaktiivisuutta (TEA). Kyselyä käytetään myös uuden terveydenhuoltolain toimeenpanon lähtötilanteen selvityksenä.

Olemme keränneet aiemmin vastaavia tietoja kunnan eri toimialoilta, joten toivomme, että tähän kyselyyn vastataan nimenomaan kunnan keskushallinnossa, esimerkiksi kunnanjohtaja, strategiajohtaja tai hallintojohtaja. Toivomme myös, että kysely käsitellään kunnan johtoryhmässä.

Tulokset julkaistaan syksyllä 2011 maksuttomassa ja helppokäyttöisessä TEAviisari-verkkopalvelussa, joka kuvaa kunnan toimintaa kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Kunnan omien tulosten tarkastelun lisäksi palvelussa on mahdollista vertailla eri kuntien vastauksia keskenään. Palvelu auttaa helpolla tavalla tunnistamaan sekä oman toiminnan vahvuudet että kehittämisalueet. TEAviisari-verkkopalvelu on kehitetty nimenomaan tukemaan kuntien ja alueiden terveydenedistämistyön suunnittelua ja johtamista.

Tällä hetkellä TEAviisari-verkkopalvelussa on terveyskeskuksilta vuonna 2008 ja 2010, peruskouluista vuonna 2009 sekä terveyttä edistävästä liikunnasta vuonna 2010 kerätyt tiedot.

TEAviisari-verkkopalveluun kannattaa tutustua osoitteessa: <http://www.thl.fi/teaviisari>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteuttaa kyselyn sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta. Kysely on laadittu yhteistyössä kansanterveyden neuvottelukunnan kuntaryhmän kanssa.

**Pyydämme vastaamaan 15.3.2011 mennessä.** Suosittelemme vastaamaan ensin oheiselle paperilomakkeelle ja siirtämään vastaukset yhdellä kerralla internet-lomakkeelle, joka on lähetetty kunnanjohtajan sähköpostiosoitteeseen. Mikäli sähköinen lomake on kadonnut, voitte pyytää uuden osoitteesta vesa.saaristo@thl.fi. Muihin kyselyä koskeviin tiedusteluihin vastaa kehittämispäällikkö Timo Ståhl, timo.stahl@thl.fi, 020-610 7128.

Yhteistyöterveisin,

Ylijohtaja Aino-Inkeri Hansson  
Sosiaali- ja terveysministeriö

Johtaja Jussi Merikallio  
Kuntaliitto

Ylijohtaja Marina Erhola  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

## Liite 2. Tiedonkeruulomake

### KYSELY KUNNAN JOHDOLLE väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä



Kysymykset koskevat kunnan toimintaa vuonna 2010 ellei kysymyksen yhteydessä ole toisin mainittu.

## I TAUSTA

#### 1) Keneltä voimme tarvittaessa kysyä lisätietoa kuntanne hyvinvoinnin ja terveyden edistämistoiminnasta?

Kunta

Yhteyshenkilön nimi

Puhelin

Sähköposti

#### 2) Vastaaja

- ☐ Kunnanjohtaja
- ☐ Kunnanjohtaja yhdessä kunnan johtoryhmän kanssa
- ☐ Strategiajohtaja
- ☐ Kehittämisjohtaja
- ☐ Hallintojohtaja
- ☐ Joku muu, kuka/ketkä?

#### 3) Onko kysely käsitelty kunnan johtoryhmässä?

- ☐ Ei
- ☐ Kyllä, käsittelypäivämäärä:

## II SITOUTUMINEN

#### 4) Onko kunnassa laadittu paikallinen turvallisuussuunnitelma (sisäisen turvallisuuden ohjelma)?

- ☐ En osaa sanoa
- ☐ Ei
- ☐ Kyllä

#### 5) Mikäli kunnassa on laadittu paikallinen turvallisuussuunnitelma (sisäisen turvallisuuden ohjelma), missä sitä on käsitelty?

|                          | Ei käsitelty          | Jaettu tiedoksi       | Esitelty              | Keskusteltu ja päätetty toimenpiteistä |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| Kunnan johtoryhmässä     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                  |
| Kunnanhallituksessa      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                  |
| Kunnanvaltuustossa       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                  |
| Seudullisena yhteistyönä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                  |

#### 6) Onko kuntalaisten terveyserojen kaventaminen kirjattu tavoitteena seuraaviin asiakirjoihin?

|   | Ei laadittu           | Ei                    | Kyllä                 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Kuntastrategiaan                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hyvinvointistrategiaan                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kunnan talous- ja toimintasuunnitelmaan vuodelle 2011 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**7) Onko kunnalla useiden toimialojen yhdessä valmisteleva ja tämän valtuustokauden luottamushenkilöhallinnossa hyväksytty toimeenpanosuunnitelma seuraaviin kansanterveyshaasteisiin ja väestöryhmiin liittyen?**

Seuraavista kansanterveyshaasteista on hyväksytty valtakunnallinen toimintaohjelma. Toimeenpanosuunnitelmalla tarkoitetaan tämän ohjelman suositusten soveltamista paikallisesti toteutettaviksi. Toimeenpanosuunnitelma voi olla osa laajempaa kokonaisuutta.

|                           | Ei                    | Valmisteilla          | Kyllä                 |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ravitsemus                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Liikunta                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Päihteet ja mielenterveys | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tapaturmat                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Seksuaaliterveys          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ympäristö ja ilmasto      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Väkivalta ja turvallisuus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lapset ja nuoret          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Työikäiset                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| lääkkäät                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jokin muu                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Mihin muihin teemoihin?**

Keskeytä

**8) Sisältyvätkö seuraavat tavoitteet kunnan vuoden 2011 toiminta- ja taloussuunnitelmaan tai vastaavaan valtuustotason asiakirjaan?**

|   | Ei                    | Kyllä                 |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Lasten hyvinvointi ja terveydentila paranee   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lasten turvallisuus vähenee   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nuorten tupakointi vähenee  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nuorten alkoholin ja huumeiden käyttö vähenee/ei lisäännä   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Työikäisten työ- ja toimintakyky paranee  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Työikäisten työelämän olosuhteet paranevat  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Yli 75-vuotiaiden toimintakyky paranee  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Väestön tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen säilyy vähintään nykyisellä tasolla | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**9) Onko tarkastuslautakunnan tekemässä tarkastuskertomuksessa arvioitu tämän valtuustokauden aikana kunnan hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista?**

- ☐ Ei tietoa  
☐ Ei  
☐ Kyllä

**10) Miten kunnassanne on hyödynnetty terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmä TEAvisarin tuloksia?**

|                          | Ei käsitelty          | Jaettu tiedoksi       | Esitelty              | Keskusteltu ja päätetty toimenpiteistä |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| Kunnan johtoryhmässä     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                  |
| Kunnanhallituksessa      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                  |
| Kunnanvaltuustossa       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                  |
| Seudullisena yhteistyönä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                  |

## III JOHTAMINEN

**11) Onko vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä päätetty antaa erityisesti yhden viranhaltijan vastuulle? Mille viranhaltijalle tämä vastuu kuuluu?**

- ☐ Ei ole annettu erityisesti minkään viranhaltijan vastuulle  
☐ Kunnanjohtajan vastuulle  
☐ Kunnan keskushallinnon muun viranhaltijan vastuulle  
☐ Sosiaali- ja terveystoimen johtavan viranhaltijan vastuulle  
☐ Terveyden edistämisen yhdyshenkilön, suunnittelijan tms. ammattihenkilön vastuulle (sosiaali- ja terveystoimessa / kuntayhtymässä / isäntäkuntaorganisaatiossa)  
☐ On annettu usean eri viranhaltijan vastuulle



## Vastuullisen viranhaltijan virkanimike:

## 12) Mikä seuraavista toimii kunnassanne hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmänä?

- ☐ Kunnassa ei ole hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmää  
☐ Kunnan johtoryhmä  
☐ Laajennettu kunnan johtoryhmä  
☐ Muu eri hallinnonalojen tai yhteisöjen asiantuntijoista koostuva johtoryhmä  
☐ Terveydenhuollon asiantuntijoista koostuva johtoryhmä  
☐ Muu, mikä?

## 13) Onko kunnassa nimetty eri toimialojen ja/tai muiden tahojen muodostama hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä (johtoryhmän lisäksi)?

|                         | En osaa sanoa         | Ei                    | Kyllä                 |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Kunnan oma              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Alueellinen/seudullinen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Jos "ei" tai "en osaa sanoa", siirtykää kysymykseen 16.

## 14) Minkä sektorien edustajia kuuluu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmään?

|                              | Ei                    | Kyllä                 |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Keskushallinto               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sosiaali                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Terveys                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sivistys                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kulttuuri- ja vapaa-aika     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nuoriso                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Liikunta                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ympäristö                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tekninen                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. sektorin toimija/järjestö | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pelastus                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Poliisi                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Koulutusorganisaatiot        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Seurakunta                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jokin muu                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 15) Mikä toimiala koordinoi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmää?

Keskeytä

## 16) Toimiiko kunnassanne erikseen nimetty hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelija tai koordinaattori?

- ☐ Ei tietoa  
☐ Ei  
☐ Kyllä, osa-aikaisesti, virkanimike:   
☐ Kyllä, kokopäiväisesti, virkanimike:

## 17) Käytetäänkö kunnassa suunnitelmallisesti väestön terveyden ja hyvinvointiin vaikuttavien päätösten ennakoarviointia (esim. ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi IVA, sosiaalisten vaikutusten arviointi SVA tai terveysvaikutusten arviointi TVA)?

|  | Ei käytetä            | Joillakin toimialoilla | Kaikessa kunnan toiminnassa |
|--|-----------------------|------------------------|-----------------------------|
| Suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |
| Lautakuntapäätösten valmistelussa        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |
| Kuntastrategian valmistelussa            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>       |

## 18) Onko kunnassanne määritetty taho (esim. opetustoimi, terveyskeskus), joka vastaa kouluyhteisöjen terveellisydestä ja turvallisuudesta?

Oppilaan ja opiskelijan terveyden edistämiseksi on kouluyhteisön ja opiskeluympäristön terveellisyys ja turvallisuustarkastettava joka kolmas vuosi (valtioneuvoston asetus 380/2009).

- ☐ Ei tietoa  
☐ Ei  
☐ Kyllä, mikä taho?

**19) Onko käyttötaloussuunnitelman ohjeistukseen kirjattu kaikkien toimialojen velvoite ottaa toiminta- ja taloussuunnitelmissaan huomioon kunnan hyvinvointi- ja terveystavoitteet?**

- ☐ Ei tietoa  
☐ Ei  
☐ Kyllä

**20) Onko kunnan investointiohjelmassa vuosille 2011–2014 otettu huomioon kunnan terveys- ja hyvinvointitavoitteiden toteutuminen?**

- ☐ Ei tietoa  
☐ Ei  
☐ Kyllä

**Mikäli Kyllä, mainitse merkittävimmät investoinnit, jotka edistävät kunnan terveys- ja hyvinvointitavoitteiden toteutumista (enintään kolme).**

1.   
 2.   
 3.

**21) Mikä taho vastaa ensisijaisesti kuntanne asukkaiden terveydentilan seurannasta ja tulosten raportoinnista?**

- ☐ Ei ole määritelty  
☐ Kunnan keskushallinto  
☐ Terveyskeskus  
☐ Sairaanhoidopiiri  
☐ Muu taho, mikä?

**22) Seuraavaksi esitetään kunnan toimintaan liittyviä väittämiä. Pyydämme valitsemaan sen vastausvaihtoehdon, jonka arvioitte parhaiten kuvaavan oman kuntanne tilannetta.**

|  | 1 Täysin eri mieltä   | 2                     | 3                     | 4                     | 5 Täysin samaa mieltä |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisjärjestelmä on kunnassa selkeä.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kunnanjohtajan työn tavoitteisiin sisältyy väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevia tavoitteita (esim. johtajasopimukseen tai henkilökohtaiseen tavoitesopimukseen). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Yhteistyö kolmannen sektorin / järjestöjen kanssa toimii kunnassa hyvin.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kuntalaisilla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa kunnan palvelujen kehittämiseen muutenkin kuin luottamushenkilöiden kautta.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Seuraavat kaksi kysymystä koskevat vain kuntia, joiden sosiaali- ja/tai terveyspalvelut on järjestetty yhteistoiminta-alueella.

**23) Minkälaista yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyen kunnan eri hallinnonalat tekevät yhteistoiminta-alueen kanssa?**

|   | Ei                    | Kyllä                 |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Yhteisesti sovitut terveyden edistämisen tavoitteet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Yhteinen terveyden edistämisen koordinaatio         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Yhteiset palaverit                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tiedotusyhteistyö                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Muuta yhteistyötä                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Mitä muuta yhteistyötä?**

Keskeytä

**24) Mitkä hallinnonalat tekevät yhteistyötä yhteistoiminta-alueen kanssa?**

|  | Ei                    | Kyllä                 |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Kuntajohto                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Opetus                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vapaa-aika (kulttuuri, liikunta, nuorisotyö) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tekninen                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ympäristö                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jokin muu                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Millä muilla hallinnonaloilla?

## IV VÄESTÖN TERVEYDENTILAN SEURANTA JA ARVIOINTI

25) Seuraako kunnan johtoryhmä järjestelmällisesti seuraavia väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan muutoksia tai niihin vaikuttavia tekijöitä?

|   | En osaa sanoa         | Ei                    | Kyllä                 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sairastavuutta (esim. diabetes, dementia, mielenterveys, tuki- ja liikuntaelsairaudet, suun terveys)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Elinympäristön terveellisyttä (esim. turvallisuus, viihtyisyys)                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Elinoloja (esim. toimeentulo, koulutus, työllisyys)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Elintapoja (esim. päihteet, liikunta, ravitsemus)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Elämänhallintaa (esim. tyytyväisyys elämään, koulumenestys, lähisuhdeväkivalta)                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Väestöryhmien välisiä terveyseroja (esim. sosioekonomisen aseman, koulutuksen, sukupuolen ym. mukaan) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Mainitse kolme tärkeintä kuntatason toimenpidettä, jotka on kunnassa tehty väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan parantamiseksi.

- 
- 
- 

26) Onko toimialojen yhteistyönä laadittu laajempi hyvinvointikertomus/-selonteko/muu väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa kuvaava asiakirja?

- ☐ Ei
- ☐ Ei, on parhaillaan tekeillä, valmistuu vuonna 2011
- ☐ Kyllä, viimeisin valmistui vuonna

27) Onko kunnassa kunnanvaltuuston hyväksymät hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen indikaattorit (seurantamittarit ja tunnusluvut)?

- ☐ Ei
- ☐ Kyllä

Mainitse kolme tärkeintä seurantamittaria/tunnuslukua

- 
- 
- 

28) Onko kunnan toimintakertomuksessa vuodelta 2010 raportoitu kunnan toiminnasta ja tavoitteiden toteutumisesta väestön terveyden edistämisessä?

|   | Ei                    | Kyllä                 |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Kunnan toimenpiteiden toteutumisesta                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Väestön terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumisesta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## V VOIMAVARAT JA OSAAMINEN

29) Järjestettiinkö kunnassa vuonna 2010 hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koulutusta kunnan johdolle?

- ☐ Ei tietoa
- ☐ Ei
- ☐ Kyllä, minkälaisista?

**30) Mainitkaa 3 tärkeintä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvää asiaa, joihin kunta panostaa vuonna 2011.**

1.
2.
3.

## VI OSALLISUUS

**31) Ovatko kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet kunnan verkkosivuilla kuntalaisten avoimesti tarkasteltavissa?**

- ☐ Ei  
☐ Kyllä

**32) Toimiiko kunnassa hallituksen tai valtuuston asettamia foorumeja, joissa kuntalaiset voivat vaikuttaa kunnan toimintaan?**

|                                    | En osaa sanoa         | Ei                    | Kyllä                 |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Vanhusneuvosto tai vastaava        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vammaisneuvosto tai vastaava       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nuorisovaltuusto tai vastaava      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lapsiparlamentti tai vastaava      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kaupunginosafoorumit tai vastaavat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Maahanmuuttajafoorumi tai vastaava | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Muu vastaava foorumi               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Mitä muita foorumeita?**

**KIITOS VASTAUKSISTANNE!**

☐ Haluan lähettää vastaukset

Lähetä



Helena Tukia  
Niina Lehtinen  
Vesa Saaristo  
Mika Vuori

## Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa – Perusraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011

Tässä raportissa kuvataan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kuntajohdon ja kunnan keskushallinnon näkökulmasta. Kuntajohdon terveydenedistämiseksi (TEA) selvittäneeseen tiedonkeruuseen vastasi 195 kuntaa (58 %). Terveydenhuoltolain toimeenpanon lähtötilannetta kartoittavat tiedot on julkaistu kuntaakohtaisesti TEAviisari-verkkopalvelussa (<http://www.thl.fi/TEAviisari>).

Tulosten mukaan kunnat olivat pääsääntöisesti sitoutuneita Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteisiin, ja valtakunnallisten toimintaohjelmien pohjalta oli laadittu paikallisia toimeenpanosuunnitelmia. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutaho oli suuressa osassa kuntia epäselvä. Vain noin kolmannes vastanneista seurasi väestön sairastavuutta, elintapoja, elämänhallintaa tai väestöryhmien välisiä terveyseroja.

Kehitys on ollut myönteistä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sisällyttämisessä kuntastrategioihin ja -suunnitelmiin. Terveyserojen kaventamiseen on tarvetta kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Vastuutahojen nimeäminen ja johtamisjärjestelmän selkeyttäminen edellyttävät vielä paneutumista useissa kunnissa. Kuntalaisten terveydentilan muutosten seurannassa ja raportoinnissa on vielä kehitettävää.



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
PL 30 (Mannerheimintie 166)  
00271 Helsinki  
Puhelin: 020 610 6000  
[www.thl.fi](http://www.thl.fi)